



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO A SU  
AUTOCUIDADO. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL C.S.  
MARÍA JESÚS LA VICTORIA - CHICLAYO, 2017”**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AUTORA:  
CINTHIA KAREN VILCHEZ CASTILLO**

**CHICLAYO – PERÚ  
2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, Gracias a su misericordia, cada día se renueva en nosotros la fortaleza, la fe y el amor para continuar hacia el logro de las metas propuestas.

A mis padres, quienes han sido grandes amigos en todos los momentos de mi vida, que con su esfuerzo nos brindan todo lo que está a su alcance, nos alimentan de su amor, confianza y cariño, pero sobre todo por haberme instruido en la senda de la superación y el éxito del esfuerzo.

**AUTORA: VILCHEZ CASTILLO CINTHIA KAREN**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Padre Celestial por guiarme en mis proyectos; enseñándome a superar las adversidades sin perder la dignidad, ni desfallecer en el intento y sobre todo no dejarme desmayar en los problemas que se me presentaron.

A la Lic. Enf. Mery Salazar Santa Cruz, quien me brindó siempre su orientación con profesionalismo ético como asesora de mi proyecto de investigación.

Al Lic. Enf. Félix Chiclayo Abanto y a la Lic. Enf. Clariza Custodio Chafloque quienes me brindaron su apoyo para la validación de Juicios de expertos en este trabajo.

A los Adultos mayores que asisten al programa del Adulto Mayor del Centro de salud “María Jesús” La Victoria”, por su participación desinteresada.

**AUTORA: VILCHEZ CASTILLO CINTHIA KAREN**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación Vivencias del Adulto Mayor relacionado a su Autocuidado. Programa del adulto mayor del C.S. María Jesús La Victoria - Chiclayo, 2017 tuvo como objetivo analizar y comprender las vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado. Conocer dichas vivencias es de vital importancia para establecer mejoras y fortalecer el autocuidado de la enfermera hacia el adulto mayor y familia, prevenir las enfermedades, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Esta investigación cualitativa de metodología estudio de caso tuvo como población directamente a los adultos mayores del programa, la muestra estuvo conformada por 9 adultos mayores, determinada por saturación y redundancia, el instrumento fue la entrevista semiestructurada abierta a profundidad; para el análisis de los datos temáticos se obtuvieron las siguientes categorías: El autocuidado en el adulto mayor, Reconociendo a Dios como ser superior, Destacando la importancia del programa del adulto mayor, Aspectos que limitan el bienestar del adulto mayor; concluyendo que: Las vivencias relacionadas con el autocuidado del adulto mayor están asociadas con aspectos alimentarios, el ejercicio, la práctica de disciplinas orientales y un autocuidado más integrado; por otro lado reconociendo a Dios como ser superior asociados con: asistir a la iglesia y demostrar actitudes y valores cristianos coherentes; así mismo, destacando la importancia del programa del adulto mayor y su relevancia en el aspecto social que involucra dicho programa, finalmente los aspectos que limitan el bienestar del adulto mayor como son: la soledad y la situación económica por la que atraviesan en esta etapa de vida.

Palabras Claves:

Vivencias, autocuidado, adulto mayor

## **ABSTRACT**

The present research work Experiences of the Elderly related to their Self Care. Senior Adult Program of C.S. Maria Jesus - The Victory - Chiclayo, 2017 aimed to analyze and understand the experiences of older adults related to their self-care. Knowing these experiences is vital to establish improvements, strengthen self-care, prevent diseases, early diagnosis and timely treatment; This qualitative research methodology case study had as population directly the seniors of the program, The sample consisted of 9 older adults, determined by saturation and redundancy, the instrument was the semi structured interview open to depth; For the analysis of the thematic data, the following categories were obtained: Self-care in the elderly, Recognizing God as a superior being, Highlighting the importance of the elderly program, Aspects that limit the well-being of the elderly; Concluding that: The experiences related to the self-care of the elderly are associated with food aspects, exercise, the practice of oriental disciplines and a more integrated self-care; On the other hand recognizing God as a higher being associated with: attending church and demonstrating coherent Christian attitudes and values; Also emphasizing the importance of the program of the elderly and finally the aspects that limit the well-being of the older adult such as: the loneliness and the economic situation they are experiencing at this stage.

## INDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| <b>DEDICATORIA</b>  |      |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>   |      |
| <b>RESUMEN</b>  |      |
| <b>ABSTRACT</b>   |      |
| <b>INDICE</b>   |      |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   |      |
| <br>  |      |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>               |      |
| 1.1 Planteamiento del problema.....                           | 11   |
| 1.2 Formulación del problema.....                             | 14   |
| 1.3 Objetivos de la Investigación.....                        | 14   |
| 1.3.1 Objetivo General.....                                   | 14   |
| 1.4 Justificación del estudio.....                            | 15   |
| 1.5 Limitaciones de la Investigación.....                     | 15   |
| <br>  |      |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>                             |      |
| 2.1 Antecedentes del estudio.....                             | 17   |
| 2.2 Bases teóricas.....                                       | 20   |
| 2.3 Definición de términos.....                               | 45   |
| <br>  |      |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>                              |      |
| 3.1 Tipo y nivel de investigación.....                        | 47   |
| 3.2 Descripción del ámbito de la investigación.....           | 47   |
| 3.3 Población y muestra.....                                  | 52   |
| 3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos..... | 52   |
| 3.5 Validez y confiabilidad del instrumento.....              | 54   |
| 3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos.....         | 54   |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....</b>        | <b>56</b> |
| <b>CAPÍTULO V:</b>                         |           |
| <b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>        | <b>75</b> |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>                | <b>76</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>     | <b>77</b> |
| <b>ANEXOS:</b>                             |           |
| <b>ANEXO N° 1: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO</b> |           |
| <b>ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS</b>            |           |

## INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, es el pilar fundamental en el cuidado del paciente, siendo este la esencia de su profesión. El cuidado debe estar basado en una interacción enfermera - persona cuidada, cuyo objetivo es proteger, realzar, conservar la dignidad de la misma, la armonía entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza de la persona a su cuidado.

Este aspecto debe ser cultivado desde su formación para que de esta manera brinde un cuidado holístico, es por ello, que el presente estudio titulado: “Vivencias del Adulto Mayor relacionado a su autocuidado. Programa del adulto mayor del C.S. María Jesús La Victoria - Chiclayo, 2017”, tiene como objetivo conocer las vivencias en el autocuidado del adulto mayor de manera que esta información sea válida y confiable para establecer mejoras y/o fortalecer el autocuidado.

Este estudio de investigación sobre las vivencias de autocuidado del adulto mayor nace de una preocupación y un desafío para el campo de la enfermería, donde se quiere mejorar la prevención y promoción en la capacidad para fortalecer el autocuidado, incrementar los contactos sociales, la participación social y lograr una longevidad satisfactoria.

La presente investigación consta de 5 Capítulos

Capítulo I: Expone el problema de investigación comparándolo con realidades a nivel mundial, nacional y regional, así como el lugar de aplicación de este trabajo. El objetivo principal de esta investigación fue analizar y comprender las vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado del Programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” La Victoria - Chiclayo, 2017.



Las limitaciones de estudio fue la falta de expresión fluida en los adultos mayores a la realización de las entrevistas, el espacio inadecuado que tiene el ambiente del adulto mayor donde se realizó la entrevista y el poco tiempo que el adulto mayor dispone para participar de la entrevista.

Capítulo II: Se detalla el marco teórico, donde se describe los antecedentes de la investigación en el contexto internacional, nacional y regional relacionado con la investigación, bases teóricas que sustentarán la investigación y la definición de términos.

Capítulo III: En coherencia a la problemática identificada y a los objetivos establecidos, se plantea la metodología, tipo y nivel de investigación, siendo de característica cualitativa descripción del ámbito de la investigación, población y muestra fue de 20 adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús”- La Victoria, técnicas e instrumentos para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada abierta a profundidad, la validez y confiabilidad del instrumento será sometido a juicio de expertos y aplicado a un establecimiento de salud con similares características al del estudio, plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: Comprende los resultados de la investigación, el cual se parte de los datos textuales descomponiéndose el Corpus en unidades posteriormente agrupándolos en categorías y subcategorías

Capítulo V: La discusión de los resultados.

Posteriormente se describen las consideraciones finales y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para el 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad, llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto al 2015.<sup>1</sup>

Hoy en día, existe 125 millones de personas con 80 años o más; para el 2050, se estima aproximadamente 120 millones de personas del mismo grupo atareo, solamente en China y 434 millones de personas en todo el mundo; de los cuales, un 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos.<sup>1</sup>

El Perú está en plena transición demográfica, existe 2% de tasa de crecimiento y 6-8% en mayores de 60 años. Para el año 2005 la tasa de crecimiento demográfico se ha reducido a 1.5%, la tasa bruta de natalidad se ha reducido a 23.3 ‰, la tasa bruta de mortalidad a 6.2 ‰ y la esperanza de vida al nacer se encuentra en 71.2 años. Se ha estimado que en el Perú para esta época existe 2 millones 146 mil adultos mayores que representan el 7.7% de la población del país. Este grupo poblacional tiene una tasa de crecimiento anual de 3.1%. La dependencia de la población mayor se incrementaría con el tiempo de 12% (2005) a 34% para el año 2050.<sup>2</sup>

Se pronostica que para el año 2050, la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo, muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales.<sup>3</sup>

En nuestro mundo, que envejece rápidamente, las personas mayores desempeñarán un papel cada vez más importante a través del trabajo voluntario, transmitiendo su experiencia y conocimientos, cuidando a sus

familias y con una creciente participación en la fuerza laboral remunerada.<sup>4</sup> La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial.

El Ministerio de Salud, dentro de sus Lineamientos de Política, refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable,<sup>5</sup> para lo cual cuenta con una Estrategia Sanitaria denominada “Estrategias para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores, cuyo propósito es lograr la atención integral de las Personas Adultas Mayores (PAMs) y familia.

En la medida en que envejecer, es un proceso dinámico lleva aparejada la idea de cambio, que habitualmente se traduce en pérdidas y que así es vivido por quien lo experimenta. Estas pérdidas se dan a todos los niveles, no sólo en la esfera puramente física, y que son comunes a todas las personas, aunque la forma en que se produce varía de unas a otras y de unos órganos a otros.<sup>6</sup>

Es en este contexto donde el autocuidado, se considera un factor primordial para conservar la salud, pero desgraciadamente pocos logran ponerlo en práctica, ya sea por desconocimiento o porque tienen poco interés en el cuidado de su salud. El autocuidado dependerá de cada persona para llevar una vida saludable y evitar o aplazar algunos problemas de salud propios de su edad; si no se tomaran las medidas de precaución como lo es cuidarse así mismo.

Según Watson, define que el autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar con el

desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.<sup>7</sup>

Dentro del Departamento de Lambayeque, en la ciudad de Chiclayo, el Centro de Salud “María Jesús”- Sector II- La Victoria, cuenta entre sus habitantes con adultos mayores cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años, siendo en su mayoría autovalentes; en dicho establecimiento de Salud existe el programa del Adulto Mayor, con una población inscrita de 20 adultos mayores cuyas edades oscilan entre 60 a 70 años.

El Centro de Salud, es un establecimiento de Primer nivel de atención, donde las primeras causas de Morbilidad en la etapa del adulto mayor son: Hipertensión arterial (30%), Diabetes Mellitus (20%), artritis (17%), faringitis y rinofaringitis (13%), trastornos del sistema urinario (12%) y gastritis (6%), otros (2%)<sup>8</sup>. Así mismo se reporta como la principal causa de mortalidad la hipertensión arterial. La mayor cantidad de población adulta mayor (PAMs) que acude al programa del adulto mayor son mujeres.

También se evidencian actitudes negativas por parte de algunas familias como la indiferencia, marginación y antivalores, escuchándose muchas veces, algunos discursos en los adultos que acuden a la estrategia como: “parece que mis hijos se cansaron de mí, ya no están al pendiente como antes”, “no tengo con quien conversar, me siento sólo(a)”; excluyendo a los adultos mayores de la vida social y familiar porque su autocuidado y salud están en declive, lo mismo que su ingenio y capacidad para mantener un diálogo interesante y actualizado, ocasionando en muchos de los adultos mayores, decaimiento de su estado anímico, baja autoestima, introspección y desequilibrio emocional, llevándolos a cuadros depresivos, barreras ambientales, deterioro cognitivo, intolerancia a la actividad, dolor y déficit de autocuidado.

Conocer las vivencias diarias de los adultos mayores va a aportar elementos claves para el accionar enfermero y poder plantear estrategias oportunas y relevantes en su autocuidado para lograr una población adulta mayor con mejores condiciones de vida y enfrentar el proceso de envejecimiento en un contexto de armonía familiar e integración con su entorno.

Es por ello que la investigadora se realizó las siguientes interrogantes:

¿Qué piensan los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” sobre sus vivencias en el autocuidado?

¿Cómo se sienten los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” frente a sus vivencias en el autocuidado?

¿Cómo reaccionan los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” al expresar sus vivencias en el autocuidado?

¿Cuáles son las experiencias de los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” frente al autocuidado?

Llegando a determinar la siguiente interrogante científica:

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema Principal**

¿Cómo realiza su autocuidado o cómo cuida de sí misma?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

Analizar y comprender las vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado del Programa del adulto mayor del C.S “María Jesús” La Victoria - Chiclayo, 2017.

#### **1.4. Justificación del estudio**

La presente investigación se justifica porque la progresión poblacional del adulto mayor es uno de los más grandes logros de la humanidad pero también uno de sus mayores desafíos, debido a que el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo más rápido y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y disminución de cuidado.

Por esta razón, la presente investigación permitirá al conocer las vivencias reflexionar en qué medida estas influyen en su estado de salud y poder en base a las mismas realizar actividades que fomenten el autocuidado, con la finalidad de conseguir una mejor calidad de vida para el adulto mayor, cumpliendo al mismo tiempo con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno así como la rehabilitación de los adultos mayores que enfrentan enfermedades o alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, según la categoría de clasificación del PAMs.

También servirá de reflexión científica en lo que respecta al planteamiento de nuevas perspectivas que permitan a los profesionales de Enfermería de hoy y enfermeros en formación redescubrir la importancia del cuidado a las personas adultas mayores, enfatizando en su autocuidado mediante la promoción de la salud y prevención de daño.

#### **1.5 Limitaciones de la Investigación**

- La primera limitación fue los escasos trabajos de investigación relacionados al tema a nivel local, nacional y regional.
- La dificultad para reunir a todos los adultos mayores puntualmente en el programa del adulto mayor.
- Poco tiempo para realizar las entrevistas a los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor.

# **CAPÍTULO II**



## MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del Estudio

No se han encontrado investigaciones directamente relacionadas con el objeto de investigación, sin embargo presentamos algunos antecedentes que podrán servir de referente para el análisis e interpretación de los datos:

#### ÁMBITO INTERNACIONAL:

- **Ruiz Vargas, Nancy V<sup>18</sup>**, 2013, México. En la tesis, “El modo de autoconcepto en el Adulto mayor”. Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico e interpretativo, tuvo como objetivo describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas, observando un concepto real e identificando los factores que intervienen en la adaptación y que permitan interpretar el fenómeno de envejecimiento.

Los resultados, el adulto mayor se percibe con falta de fuerza y dolor físico. Bajo su experiencia, menciona que desempeñó un buen rol en la familia y su ideal va encaminado al bien morir y al servicio de Dios.

- **Millán Méndez I.<sup>18</sup>**, 2010, Cuba. En la tesis “Evaluación de la capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto mayor en la comunidad”. Estudio descriptivo, el objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad.

Diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados fueron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente. Existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes, cuyo nivel de autocuidado es inadecuado, el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante, la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado. Los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos, no existen diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres. A mayor edad de la persona, menor es su capacidad funcional y, por ende, su nivel de autocuidado. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud.

#### **ÁMBITO NACIONAL:**

- **Hernández Gutiérrez, Azucena Jackeline; Melitón Vargas, Isabel Sofía<sup>18</sup>**, 2014, Carabayllo, En la tesis “Vivencias del autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel -Carabayllo 2016”. Es de enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las vivencias del autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel–Carabayllo. Los resultados fueron que la dimensión predominante fue la espiritual, teniendo como resultado las experiencias de autocuidado vinculadas a la religión. Al respecto con esta dimensión, se puede relacionar con el estudio de Ramón Gallegos, quien sostiene que la espiritualidad es la que nos permite conducir bien la propia vida, con responsabilidad de los pensamientos, sentimientos, acciones y valores, la parte más importante y valiosa de una persona es su vida interior.

- **Collazos Arrascue Judith del Milagro, Fernández Toro Elvis, Torres Llatas Cesar Alfredo, 2007**, Cutervo, En la tesis “Vivencias del adulto mayor que pertenecen a la asociación de cesantes y pensionistas del sector educación que padecen de hipertensión arterial. Cutervo” Es de enfoque cualitativo. El objetivo fue conocer las vivencias del Adulto Mayor que pertenecen a la asociación de cesantes y pensionistas del sector educación que padecen de hipertensión arterial. Cutervo. En los resultados se obtuvieron las siguientes categorías: Reaccionando ante el diagnóstico, vivenciando el proceso de adaptación a la enfermedad, vivenciando cambios en los estilos de vida, refugiándose en Dios para convivir con la enfermedad y emergieron las subcategorías siguientes: Buscando atención frente a los diagnósticos y síntomas, sintiendo miedo y temor por las complicaciones de la hipertensión arterial, sintiéndose deprimido, resignándose a convivir con la hipertensión arterial, buscando conocer la enfermedad, aceptando la enfermedad como voluntad divina.
  
- **Roldan Monzón, Angie Vanessa<sup>29</sup>**, 2007, Lima-Perú, En la tesis “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad hermanitas descalzas”. El tipo de estudio fue cualitativo, el objetivo fue conocer las vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad hermanitas descalzas, emergieron las siguientes categorías: Envejecer, sentimientos del ser un adulto mayor, actitud de la familia, motivación, salud, enseñar a los demás, sentimientos hacia los familiares.

## **ÁMBITO LOCAL:**

- **Barboza Bernal Diana Carolina, Caciono Chingay Lourdes Cristina, Zúñiga Chafloque Areli Mavel**, 2016, Lambayeque-Perú, En la tesis “Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención. Estudio comparado. Chiclayo 2015”. El tipo de estudio fue cualitativo. El objetivo fue evaluar el Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención. Estudio comparado. Los resultados obtenidos muestran que el adulto mayor varón y el adulto mayor mujer son semejantes llevan a cabo una gama de prácticas de autocuidado de los que destacan: el cuidado en sus hábitos alimenticios los cuales muestran lograr obtener el consumo de una alimentación balanceada en horarios establecidos. Emergieron las siguientes categorías: Hábitos en la alimentación, Cuidando la higiene personal, Cuidando la actividad física aunque con limitaciones, Procurando el descanso, Cuidando del patrón sueño, Emergen los cambios en el apetito, Preocupación por alteración del patrón sueño, Repercusión de la situación económica para una alimentación balanceada y Cuidado de la salud.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **VIVENCIAS**

El diccionario de la lengua española sustenta que las vivencias, es la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, además es el hecho de vivir o experimentar algo y su contenido.<sup>8</sup>

Gasset citado por Fernández, propone que la vivencia es el vivir el encuentro con el mundo, sabiendo que lo vivido como experiencia de vida, no razonándolo.<sup>9</sup>

Goethe y Humboldt citado por Rojas, plantean que la vivencia o Bandung, es un proceso de formación individual.<sup>10</sup>

Dilthey citado por Vidal, sostiene que la vivencia es el complejo anímico dado en la experiencia interna, vinculó la ciencia del espíritu con Erlebnis que en alemán significa vivencia o experiencia vivida, además la vivencia “ es algo revelado en el complejo anímico dado en la experiencia interna” es un modo de existir en la realidad para cierto sujeto, la vivencia no es pues algo, somos nosotros quienes penetramos en el interior de ella, quienes la poseemos de una manera tan inmediata que hasta podemos decir que ella y nosotros somos la misma cosa, la vivencia es lo último a lo cual podemos retroceder cuando se trata de la vida, vivencia alude también a cierta inmediatez que es difícil de apresar en el concepto. Lo vivido es lo vivido por uno mismo y como tal referido a la totalidad de la vida propia. <sup>11</sup>

Bergson <sup>12</sup> nos dice que una vivencia no es la idea de una cosa sino la experiencia.

La vivencia o experiencia vivida es el nivel de actividad de la conciencia humana entre la percepción (percepción física) y la experiencia del mundo, es entonces el nivel intermedio entre la percepción y la experiencia, supone que nuestra conciencia ha hecho en un momento una pluralización simultánea de percepciones físicas, y esta se ha contemplado y se ha seleccionado una cierta percepción.

Se denomina vivencia a una experiencia de vida que deja huellas en una persona de modo perdurable. Las vivencias pueden ser de lo más variadas y propias de los campos más diversos, pero se caracterizan por el aprendizaje que dejan a un nivel profundo. En efecto, tal es su importancia que muchas corrientes dentro del plano de la psicología se fundamentan en el hecho de realizar un análisis de estas experiencias para determinar algunas razones de la conducta actual de un paciente determinado. Cuando se logra una terapia satisfactoria, la persona suele reelaborar estas situaciones de modo tal que sean positivas y le ayuden en sus situaciones cotidianas en vez de ser un óbice para un desarrollo posterior.

Las vivencias pueden estar referidas al cuerpo y al espíritu, la psicología ha de tener en cuenta las correlaciones parapsíquicas y somáticas y así como la

capacidad del hombre para adoptar, mediante su energía espiritual, una actitud consigo mismo para actuar fuera de sí mismo, sentirse a sí mismo, valorarse con sentido crítico, obrar más allá de sí, con pensamientos, palabras y acciones.

13

Al hablar de vivencias, Vidal sostiene que la vivencia es una realidad absoluta, lo que real y verdaderamente es experimentado en un momento preciso, es de carácter histórico y evanescente. También afirma que la vivencia es una experiencia vivida, siendo sus principales características es que se trata de algo subjetivo, interno, que cursa a nivel personal y en el que el protagonista es el propio individuo, que recibe esa mudanza interna, se puede agregar que toda vivencia deja una huella. Es el impacto de esa experiencia incrustada en el desarrollo biológico, según su intensidad y duración puede ser decisiva en el curso posterior de la historia vital interna.<sup>11</sup>

El concepto de vivencia se emplea para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación. Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican.<sup>29</sup>

También encontramos en la clasificación de vivencias a las vivencias básicas referidas a sí mismo o al yo, son aquellas vivencias básicas que parten directamente del núcleo de la persona, corresponden principalmente a la esfera de los sentimientos y estados de ánimo, se trata de vivencias de impresión suelen ser pasivas y receptoras, encontramos en este tipo de vivencias a la gratitud, indulgencia, flexibilidad, desagravio, plenitud, satisfacción, confianza en sí mismo, respeto a sí mismo, libertad, audacia, arrepentimiento, sensibilidad, narcisismo, venganza, lo inexorable, represalia, alegría del mal ajeno, vacío, descontento, timidez, apocamiento, sentimientos de inferioridad, opresión, vergüenza, obstinación, embotamiento, auto desprecio.

Otro tipo de vivencias se basan en el estar con los otros y en el ser para los otros, los de proximidad, repercusión del estado de ánimo, simpatía, autoentrega, amor, compasión, veneración, respeto, caballerosidad, atención, ternura, timidez, modestia, humildad, sumisión, sentido de la convivencia social, timidez,

distanciamiento, sentido práctico, antipatía, ira, odio, repugnancia, burla, menosprecio, indignación desconsideración, desprecio, dureza, severidad, sadismo, vanidad, orgullo arrogancia, soledad. El amor y la compasión son los sentimientos correspondientes al ser “ser para los demás” y son sus contrarios el odio, la repugnancia o repulsión, la comprensión va unida a la estimación del prójimo, en la crueldad hay una captación de cálculo previo del dolor que la víctima va a experimentar, lo cual equivale a sadismo, el odio surge cuando se descubre algo negativo de la otra persona, la indignación constituye una protesta verbal contra aquello que no debería, la ira adopta un ademán de ataque.

Existe otro tipo de vivencias, las básicas, vinculadas al medio ambiente que trascienden la persona las del Ser, incluyen perfección, fe, belleza, confianza en Dios, expectativas de vida, seguridad por la bondad, certeza por la verdad, las vivencias reactivas incluyen: defensa, saturación, hartazgo, satisfacción, tranquilidad, indiferencia, susto, defensa, vivencias activas o de acción incluyen la ambición, ira, excitación, nostalgia, envidia, deseo, renuncia.

Como autora de esta investigación, tomo la definición de Bergson, quien define que las vivencias son el nivel de actividad de la conciencia humana entre la percepción (percepción física) y la experiencia del mundo.

También Vidal, afirma que las vivencias se consideran como estados de conciencia o fenómenos vividos por una persona, un estado de ánimo que se manifiesta mediante experiencias o estados afectivos, expresan relación entre sentimientos y reacciones.<sup>11</sup>

## ADULTO MAYOR

La vida es un proceso cíclico, el cual debe ser analizado detenidamente, ya que comprender los cambios que van ocurriendo a través de los años es una tarea de difícil asimilación. En el año 1984, la (O.M.S) estableció el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más, y de esta manera evitar múltiple denominación como vieja, anciana, geronto, entre otras.<sup>14</sup>

Según la OMS, las personas de:

60 – 74 años son consideradas de edad avanzada.

75 – 90 años, ancianos.

Mayores de 90 años, grandes viejos o grandes longevos.

Debemos señalar que la realidad del adulto mayor en términos generales es muy variada y compleja en nuestro país. Constatamos un doble movimiento, que hace complejo el modo de abordar esta realidad. Por un lado, muchas veces se trata de personas con una salud estable, llenos de vitalidad y sabiduría, con experiencias humanas que pueden aportar mucho a la vida de la comunidad. Por otro lado existe un fuerte prejuicio, que los discrimina y en muchos casos los excluye socialmente, considerándolos como personas incapaces, enfermos crónicos o ancianos a los cuales no se les pueden confiar responsabilidades alguna.<sup>14</sup>

La Gerontología se define como ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales, pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos y que se hallan relacionados con la edad.<sup>14</sup>



## **Conceptualización y Características del Proceso del Envejecimiento**

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos".<sup>15</sup>

Así mismo es un proceso continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo e inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Características del Envejecimiento:

- Universal: es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: porque es un proceso acumulativo.
- Continuo: tiene un inicio y final.
- Dinámico: porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco: porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales
- heterogéneo e individual: porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.<sup>16</sup>
- Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado

por la presencia de una enfermedad o discapacidad, además de los cambios propios del envejecimiento.<sup>16</sup>

### **Norma Técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores:**

Atención integral: Toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará:

La Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin.<sup>17</sup>

### **Criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores a través de la VACAM:**

De la aplicación de la VACAM inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.<sup>17</sup>

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son los siguientes:

- a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.<sup>17</sup>

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.<sup>17</sup>

b) Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.<sup>17</sup>

c) Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: ejm. déficit Visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC,
- Insuficiencia cardiaca reciente, y otros.
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 Semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención dependiendo de las características y complejidad del daño, será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.<sup>17</sup>

d) Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas  
El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. Requieren de atención geriátrica especializada, el seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio.<sup>17</sup>

## **Cambios en el Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor**

A. Biológico: Respecto a lo biológico, entre la deficiencia que viene con el avance de edad cronológica, está la discapacidad, que se caracteriza como cualquier limitación en la realización de una actividad, dentro del rango que se considera

normal para la vida humana, donde se producen una serie de cambios por el mismo proceso de envejecimiento, comprometiendo órganos y sistemas.<sup>18</sup>

B. Psicológico: En este orden de ideas, el modo de interdependencia surge en un constante proceso de dar y recibir amor, el adulto mayor utiliza el proceso cognitivo para percibir la respuesta y obtener el comportamiento esperado, por parte de su familia. Tiene que vivir un constante esfuerzo para adaptarse a los cambios biológicos, limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.<sup>18</sup>

C. Social: En el rol social, expresa un papel que es elegido libremente por el adulto mayor de carácter temporal, y, a menudo, está asociado con la realización de una tarea menor, de ahí los cambios que se experimentan tanto en el ámbito familiar como en el ámbito social. Con ellos se pierde el poder, la influencia, y puede darse una baja en la autoestima. La familia puede influenciar en lo psicológico. Se producirán cambios individuales que dependerán de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir.<sup>18</sup>

Por otro lado, con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia en el cambio de roles de cuidado. Por otro lado, las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.<sup>18</sup>

D. Espiritual: Cabe señalar que el envejecimiento se manifiesta de manera diferente en cada individuo y está condicionado por la manera en que el adulto mayor se adapta a los cambios que ha de experimentar en estos ciclos de vida, tanto como el apoyo familiar, espiritualidad y su devoción por Dios. El envejecimiento produce cambios naturales en los ritmos de vida deja espacios propicios para practicar nuevas rutinas y disminuir la ansiedad que implicó el

cumplimiento de un sinnúmero de obligaciones en la etapa media de la vida, favoreciendo el desarrollo de la espiritualidad.<sup>18</sup>

Las personas que demuestran prácticas religiosas reconocen que, a medida que avanzaron en edad, aumentó su espiritualidad, se recuperaron prácticas religiosas de la infancia y las experiencias con lo divino. La espiritualidad fortalece y anima, cambia lo negativo en positivo, da sentido a lo que les toca vivir, sea su tristeza, dolor, pérdida o enfermedad.

No son muchos los estudios que se han hecho sobre el tema; sin embargo, hay antecedentes que indican que personas activas religiosamente muestran niveles más bajos de consumo de alcohol y tabaco, menores cuadros depresivos y desarrollo de cáncer. Ello puede explicarse porque las prácticas religiosas tienden a tener una mirada optimista de la vida.<sup>18</sup>

Las sociedades modernas han abandonado a sus ancianos, fenómeno que ha obligado al adulto mayor a preocuparse de sí mismo, atender a sus estados de soledad y falta de cariño y se vea motivado por entrar en contacto con lo divino a través del desarrollo de su espiritualidad. Por dicha razones, el envejecimiento en un contexto saludable es importante para que las personas mayores mantengan sus capacidades físicas y mentales necesarias para una vida independiente y autónoma que no impida la toma de decisiones respecto a los intereses del adulto mayor y así mantenga su autodeterminación e independencia.<sup>18</sup>

### **Cambios psicosociales del envejecimiento**

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de la esfera social. Con el paso de los años, tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores, debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. Algunos cambios asociados al envejecimiento.

#### **A. Evolución Psicológica de la Vejez**

-Cambios psicológicos : Conlleva en la entrada de la Etapa de Adulto Mayor, adulto mayor Medio y Adulto avanzado se ven marcados por circunstancias propias de la edad, como la Jubilación, las enfermedades crónicas, los papeles de nuevos roles, las pérdidas y la proximidad de la muerte. La adaptación a cambios dependerá de varios conjuntos de factores, ejemplo: La Influencia de las experiencias propias, la historia de vida, el contexto educativo y social en que se mueve la persona, sus relaciones y obligaciones dependerá de la manera como se presenten los acontecimientos, ya que algunos lo hacen de forma gradual y otros de forma repentina y a veces se produce más de uno a la vez, lo que dificulta la adaptación. Incluyen los cambios afectivos, los cognitivos y la modificación de la personalidad.<sup>19</sup>

-Cambios afectivos: La persona es un ser emocional en todas las situaciones de la vida. En la vejez parece que prolifera el interés por los pensamientos y los sentimientos interiores que ya empieza en la adultez. El respeto por el espacio personal y la privacidad de la gente mayor puede disminuir cuando la persona pierde autonomía. En cuanto al sentimiento de autoestima, también puede quedar afectado negativamente por las enfermedades, las pérdidas y los cambios físicos, sociales y económicos que puede sufrir la persona.<sup>19</sup>

-Cambios cognitivos: Con la edad aparece un cierto enlentecimiento en la comprensión de la información que depende de los órganos de los sentidos, y un enlentecimiento a la hora de dar respuesta a la información recibida, sobre todo si las tareas exigen mucha atención y velocidad de reacción. También se enlentece el aprendizaje de nuevas tareas. Si el entorno social es sensible a estos cambios y se muestra predispuesto a potenciar las capacidades de la persona mayor, este deterioro se minimiza.

Algunos de estos cambios cognitivos son: Consciencia, atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas y praxias.<sup>19</sup>

## B. Esfera Social en el Adulto mayor

Tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores.<sup>20</sup>

La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.

El contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.<sup>20</sup>

La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”, relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando.<sup>20</sup>

La valoración social de una persona mayor con fragilidad puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.

La comparación de la evaluación social realizada antes y después de una intervención, como por ejemplo, el tratamiento de una enfermedad crónica, puede servir para conocer si se alcanzaron algunos de los objetivos del plan de cuidado diseñado, o para redirigir el tratamiento impuesto. Por ello, es muy importante tener mediciones basales que permitan comparar en el transcurso del tiempo cómo evoluciona esta esfera.<sup>20</sup>



El Bienestar se refiere a lo que las personas piensan y sienten sobre su estado de satisfacción general acerca de sus vidas y de las conclusiones cognitivas (evaluación del sujeto sobre su vida) y afectivas-emocionales, (referido al estado de ánimo del sujeto), que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia, a eso comúnmente se le llama felicidad. <sup>21</sup>

Estaría compuesto por dos factores básicos:

- El primero centrado en aspectos Afectivos-emocionales: Abarcaría los estados de ánimo de los sujetos: Sentido del humor, Extraversión, Neurotismo, Optimismo, Autoeficacia, Autoestima, Capacidad de adaptación, Orientación del logro de las meta, Estrategias para afrontar el estrés. <sup>21</sup>

- El segundo centrado en los aspectos cognitivos: Donde se vería como el individuo evalúa el desempeño a lo largo de la vida a la luz de las metas y logros personales y de valores sociales determinados "satisfacción vital".

A lo anterior habría que sumarle unas variables externas relacionadas con la satisfacción personal: Satisfacción con el trabajo, la pareja, los ingresos, el hogar donde se vive, edad, sexo, nivel educativo, la salud, la productividad, la seguridad, las relaciones con la comunidad, la intimidad. <sup>21</sup>

Así mismo, el nido vacío es la emancipación de los hijos que da lugar al inicio de una nueva etapa en la vida de los padres, en la que tendrán que aceptar y superar la ausencia de sus hijos y la tristeza que sienten cuando el nido se queda vacío. La forma de reaccionar ante esta situación variará en función del carácter y de la forma de vida de cada persona. <sup>22</sup>

Los sentimientos que afloran en los afectados son varios: se sienten solos, tristes, inútiles, angustiados y con cierto nivel de ansiedad. Pueden, incluso, padecer trastornos del sueño, como insomnio o frecuentes despertares nocturnos. Su autoestima se puede ver afectada y, en algunos casos, desarrollan síntomas asociados a la depresión, como la fatiga o la falta de concentración. Aunque las principales señales son psicológicas, también pueden experimentar

algún tipo de somatización, como dolores de estómago, dificultades en la digestión o dolores de espalda.<sup>22</sup>

Por otro lado, la economía de las personas adultas mayores está determinada por su poder adquisitivo; que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilaciones o pensiones, entre otros. Obedece directamente al nivel y tipo de consumo, el cual “depende de la edad, el estado de salud, de los arreglos de residencia y de cuántos servicios corran a cuenta del Estado.”<sup>23</sup>

Al respecto, algunos autores (Maddox y Campbell, 1985) plantean que la etapa más importante en la determinación de la situación económica en la vejez, es aquella inmediatamente anterior a la jubilación. Las evidencias niegan esta posición ya que, por una parte, en las etapas previas igualmente se definen factores relevantes tales como, el nivel de estudios, la elección de determinada carrera y el número de hijos (Perez, 1997); y por otra, la jubilación no es un hecho universal, menos aún para las mujeres.<sup>23</sup>

### C. Esfera Espiritual en el Adulto mayor

Vaillant<sup>21</sup>, explica que la espiritualidad y la religiosidad no aumentan en la vejez. Este autor señala que las personas tienden a mantener creencias y hábitos de toda su vida. Pero aclara que, así como envejecer no conduce inevitablemente al desarrollo espiritual, sí altera las condiciones de la vida en formas que conducen a la espiritualidad. El envejecer simplifica la rutina diaria y deja tiempo y espacio para disfrutar de cosas simples.

En adición Peterson M. encontró también que las personas más profundamente comprometidas con creencias religiosas o espirituales no tienen el envejecimiento más exitoso y en cambio tienen cuatro veces más posibilidades que los no religiosos o espirituales de haber experimentado una depresión. En el mismo sentido, encontró una positiva relación entre la fuerza de la afiliación religiosa y una historia de depresión en el pasado, y esta, a su vez,

correlacionaba negativamente con la riqueza del apoyo social disponible y con ser saludables.

Afrontar la muerte: Algunos ven el cese de la vida como alternativa de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor tiene menor temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte.<sup>21</sup>

### **Autocuidado según las esferas del Adulto Mayor**

#### **A. Autocuidado de la espiritualidad**

El autocuidado espiritual, es aquel que necesita todo hombre de forma personal, donde se explora al adulto mayor de acuerdo a sus valores y creencias, haciéndoles ver que no somos eternos, pero que es importante alimentar nuestro espíritu.<sup>24</sup>

La espiritualidad puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, lo sagrado, lo divino. Resulta una aspiración profunda e íntima del ser humano, muchas veces descuidada desde la juventud, que busca la conexión y la trascendencia, a través de las obras o acciones que se produzcan a lo largo de la vida y, de esta forma, sean el legado que en la vejez refuerce el sentido de la existencia.<sup>24</sup>

En el intento de practicar un autocuidado en lo espiritual, es posible que se quiera intentar muchas cosas. Se debe recordar que todo el mundo es diferente, por lo tanto, lo que funciona para unos puede que no funcione para otros. Asimismo, identificar las cosas en su vida que le dé un sentido de paz interior, alivio, fuerza, amor y conexión. Hacer del tiempo un espacio para hacer las cosas que lo ayudan espiritualmente. Estas pueden incluir el servicio comunitario o de

voluntariado, rezar, meditar, cantar canciones devocionales, leer libros que lo inspiren, tomar caminatas en la naturaleza, tener tiempo a solas para pensar, hacer yoga, jugar algún deporte o ir a algún servicio religioso.<sup>24</sup>

En cuanto a las creencias espirituales, inquietudes o preocupaciones que le pudieran estar ocasionando estrés hay que tratar de pedir ayuda. Cuando aprende a ejercitar la espiritualidad es inevitable que se tome conciencia de cuidar el cuerpo y cuando se dice cuidar el cuerpo se es consciente del templo sagrado que es para el alma, entrando en un proceso de que nada ni nadie lo va a dañar. El adulto mayor sabe que vive la etapa de su vida en la que hay que arreglar muchas cosas que a lo mejor han quedado pendientes, perdones que haya que pedir y otorgar, expresiones de afecto omitidas y que ahora haya que compensar.<sup>24</sup>

Los adultos mayores que conviven con él (mejor si es la misma familia) tienen que saber brindarle las oportunidades necesarias para que todo quede en orden, para que el adulto mayor pueda recorrer sus propios procesos, se sienta acompañado en los momentos que lo requiera, y que cuando llegue el momento de la partida pueda hacerlo con la satisfacción de que todo ha quedado arreglado y bien arreglado.<sup>24</sup>

Se dice que todo persona, viene a este mundo para dejar un legado , un aporte hacia la humanidad, las personas mayores lo comprenden cuando llegan a su etapa final, haciendo un análisis reflexivo respecto a lo que han hecho de su vida, con ello, algunas personas entran a la "Etapa de creación de legado".<sup>24</sup>

K. Warner Schaie propone que en esta etapa se da en la vejez avanzada. Cerca del final de la vida, una vez que se ha complementado la reintegración (en donde se centran en tareas que tienen mayor significado para ellos), o bien se integran junto a ella; la gente mayor puede dar instrucciones para la disposición de sus posesiones más preciadas, hacer arreglos para su funeral, proporcionar historias orales o escribir la historia de su vida como un legado para los seres queridos.

Todas esas tareas implican el ejercicio de competencias cognoscitivas dentro de un contexto social y emocional. <sup>24</sup>

#### B. Autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso

La gran mayoría de las personas puede mantenerse físicamente activas hasta una edad muy avanzada. Aunque padezcan algunas afecciones médicas, muchas son suficientemente sanas para desplegar diversas formas de actividad física. Según la Carta de Ottawa (1986), la OPS define la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, de tal forma que se constituye en el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y se considera una de las dimensiones fundamentales del ser humano.

Hasta hace poco, el cuidado de la salud de las personas adultas mayores estaba relacionado con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y el mantenimiento de su salud física. Esta apreciación ve a la persona adulta mayor como sinónimo de enfermedad y discapacidad. Bajo esta visión, se contempla la salud y su cuidado como una virtud y propiedad de la juventud de productividad y de belleza, de automatización y de vitalidad. En consecuencia, las personas adultas mayores son vistas como improductivas, incapaces, propensas a perder facultades fisiológicas, físicas, sociales, psicológicas e intelectuales.<sup>25</sup>

#### C. Autocuidado de la autoestima

Se define como el concepto que se tiene sobre sí mismo. Sus determinantes pueden ser de dos categorías: externas o internas; es decir, el autoestima emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas de la autoestima observados en el adulto mayor pueden ser asociados con cambios físicos, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales. <sup>25</sup>

#### D. Autocuidado en los roles sociales que enfrentan los adultos mayores

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales.

Actualmente, se hace hincapié en que los adultos mayores sigan contribuyendo a su comunidad, manteniéndose lo más activos que puedan, trabajando como voluntarios o adoptando un interés nuevo. A su vez, el entorno del adulto mayor, como la comunidad, se puede beneficiar de la sabiduría y las experiencias de vida de los adultos mayores, incluyéndolos en eventos de la comunidad, funciones sociales y otras actividades.<sup>25</sup>

### **Teoría Fenomenológica**

Es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890, se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales.<sup>26</sup>

Morse L. Richard sostiene que existen dos premisas en la fenomenología. La primera se refiere a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no cómo lo piensa, sino cómo lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. La segunda señala que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y solo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De esta forma, los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, con los sucesos y con las situaciones.

Características de un análisis fenomenológico:

John Cresswell (1998) considera que los investigadores realizan análisis fenomenológicos si:

- Buscan la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia.

- Aportan su propia experiencia.
- Confían en la intuición y en la imaginación para aprehender la experiencia.
- Suspenden cualquier juicio a lo que es real o no lo es. <sup>26</sup>

\*Conclusión:

Cuando el investigador termina un análisis fenomenológico, debe tener la sensación de que ha entendido lo que para otra persona significa vivir en una situación determinada. <sup>26</sup>

\*Características de un análisis fenomenológico:

- Comprenden las perspectivas filosóficas detrás de la teoría, especialmente el concepto de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno.
- Elaboran preguntas de investigación tendientes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia, y solicitan que se les describan las experiencias vividas cotidianamente. <sup>26</sup>

## AUTOCUIDADO

Existen muchas identidades que definen qué es el autocuidado como por ejemplo: Según Coppard, el autocuidado “Es toda aquella acción y decisión que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones dirigidas a mantener y mejorar su salud y las decisiones referidas a usar tanto de los sistemas de apoyo informal como los servicios médicos formales”.

Entidades como el MINSA define “el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover el estilo de vida y el entorno saludable”. En las vivencias sobre el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo de estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicios y actividad física, habilidades para controlar y reducir el consumo de medicamentos.

**Dorotea Orem** ha definido el autocuidado como “la práctica de las acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento o desarrollo en beneficio de su vida, salud o bienestar”.<sup>27</sup>

En su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y el concepto de “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia y realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.<sup>27</sup>



El rol de la enfermera para el autocuidado es relevante, como lo menciona Dorotea Orem y la importancia para el Adulto Mayor de realizar actividades hacia si mismo como la practica de taichí, realizar ejercicio, se convierte en una vivencia para el adulto mayor, lo mismo en el aspecto de la alimentación, favoreciendo el estado físico y psicológico, sintiéndose mejor y con ganas de vivir, disminuyendo el estrés y depresión que atraviesan en esta etapa de vida.

## **Jean Watson**

### **Filosofía y teoría del cuidado**

Watson Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.<sup>27</sup>

Los principales conceptos de Watson incluyen los 10 factores de cuidados y la relación entre curación transpersonal y cuidado transpersonal, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos/conciencia unitaria. Watson desarrolló los factores de cuidados hacia un concepto estrechamente relacionado, caritas, una palabra en latín que significa «valorar, apreciar, prestar atención especial, una atención afectuosa». Con la evolución de los factores de cuidados hacia una perspectiva ampliada y con la evolución de sus ideas y valores.<sup>27</sup>

## **El Paradigma de la Transformación: Escuela del cuidado (ESCUELA DEL "CARING")**

Desde hace muchos años, Enfermería ha intentado precisar su propia área de investigación y práctica, haciendo un gran esfuerzo en buscar las palabras que describan la actividad del cuidado. La Enfermería como disciplina orientada a la práctica profesional, parte de una perspectiva única y de sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, desarrollando sus propios conocimientos con el objetivo de definir y guiar la práctica.<sup>27</sup>

Para estudiar la disciplina hay que considerar los contextos que han marcado su evolución y situar las corrientes de pensamiento, diferentes formas de ver y comprender el mundo, que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina, denominadas "Paradigmas".

En el área de la ciencia enfermera, y teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina, hay una terminología específica para estos paradigmas:

- Paradigma de la categorización (1850-1950, descubrimiento de leyes universales).
- Paradigma de la integración (décadas 50-70, orientación de la enfermería hacia la persona).
- Paradigma de la transformación: (década 70-actualidad; apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, intensificación de la comunicación y experiencias).<sup>27</sup>

La OMS (1978), autora de la declaración de Alma-Ata, adopta una nueva filosofía para los sistemas de salud en el que "Los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitarias que les son destinadas".

Después de la década de los 70, se observa una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos filosóficos y humanísticos del cuidado, ya que "cuidar de una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones".<sup>27</sup>

La disciplina enfermera ha evolucionado y con ella la necesidad de formación de las enfermeras, en el contexto de movimientos históricos y sociales. Es por ello que "dada la multiplicidad de las situaciones de la salud, se orientan cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones".

Según las bases filosóficas y científicas, las distintas concepciones de la disciplina enfermera se pueden agrupar en seis escuelas, partiendo de que todas están orientadas hacia la persona, con lo que unos conocimientos amplios acerca de los procesos que subyacen en las personas es de obligado saber:

- Escuela de las Necesidades
- Escuela de la Interacción
- Escuela de los Efectos Deseados
- Escuela de la Promoción de la Salud
- Escuela del Ser Humano Unitario
- Escuela del Cuidado (o Escuela del Caring): Esta última es la que nos ocupa, La escuela del Caring que tiene por conceptos principales el "cuidado" y la "cultura", se sitúa en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación, y se encarga de responder a la pregunta: ¿Cómo hacen las enfermeras lo que hacen?. "Caring" está formado por el conjunto de acciones que permiten a la Enfermería descubrir de una manera sutil los signos de mejoría o deterioro en un paciente. En esta escuela además, existe el convencimiento de que las enfermeras son capaces de mejorar la calidad del cuidado al paciente si se abren dimensiones tales como la "espiritualidad" (según Watson) y la "cultura" (según Leininger), a la vez que se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.<sup>27</sup>

### **Procesos caritas**

- Adoptar valores altruistas y practicar bondad con uno mismo y otros.
- Infundir fe y esperanza y honrar a otros.
- Ser sensibles a sí mismo y a otros por fomentar las prácticas y creencias individuales.
- Desarrollar relaciones (cuidado - ayudando – confiar).
- Promover y aceptar los sentimientos positivos y negativos.
- Utilizar métodos creativos para resolver el problema científico para cuidar la toma de decisiones.
- Compartir la enseñanza y el aprendizaje que aborda las necesidades individuales y estilos de comprensión.
- Crear un entorno de curación física y espiritual que respete la dignidad humana.
- Ayudar con necesidades humanas básicas físicas, emocionales y espirituales.
- El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.<sup>27</sup>

Considerando que el Autocuidado y su práctica regulan los factores que afectan a la salud y el bienestar de la persona (Dorothea Orem), incluido el adulto mayor y se convierte en la herramienta básica que utiliza la enfermera para cuidar la salud del ser humano – Escuela del Caring y su Factor Caritas (Jean Watson), es que nos planteamos en esta investigación develar el autocuidado del adulto mayor, expresado en sus vivencias en la práctica de éste.

### **2.3. Definición de términos básicos**

1. PAMs: Personas adultas mayores.
2. Autocuidado: Acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.
3. Vivencia: Es una experiencia de vida que deja huellas en una persona de modo perdurable. Hecho de vivir o experimentar una cosa determinada.
4. Adulto mayor: Según la OMS (Organización mundial de la salud) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años.
5. Calidad de vida: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
6. Bienestar: Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

# **CAPÍTULO III**

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Tipo y nivel de Investigación**

La presente Investigación es de tipo Cualitativa, aquella en la que se realiza descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes expresan: pensamientos, sentimientos, reflexiones tales como son sentidas y manifestadas por los participantes y no como el investigador lo describe, es por esa razón que se utilizará dicha metodología, la cual ayudará a enfatizar los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y por ende nos permitirá comprender estos aspectos de forma amplia y profunda en el contexto en el que se desarrollarán los hechos.<sup>28</sup>

La investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, como salas de clase, etc.

No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.<sup>28</sup>

### **3.2 Descripción del ámbito de la investigación**

El distrito de la Victoria es uno de los veinte distritos de la Provincia de Chiclayo, ubicada en el Departamento de Lambayeque, bajo la administración del Gobierno Regional de Lambayeque, al norte de Perú.

Fue creado por Ley 23926 el 14 de septiembre de 1984, siendo Presidente de la República Fernando Belaúnde Terry.

Está ubicado al sur de la ciudad de Chiclayo, su relieve es llano y su extensión territorial es de 32 Km<sup>2</sup>.

El Centro de Salud “María Jesús”, corresponde al primer nivel de atención, ubicado en la Calle Paul Harris N° 1198, Lambayeque - Chiclayo - La Victoria, cuenta con los consultorios de Medicina, obstetricia, nutrición, odontología, tópico, estrategia de control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, estrategia del Adulto mayor, Estrategia de tuberculosis, Zoonosis, Farmacia, UAMP, Laboratorio, triaje y admisión.

La presente investigación, fue de tipo cualitativo Estudio de Caso, el cual proporcionara una descripción verbal o explicación del fenómeno estudiado, su esencia, naturaleza, comportamiento, brinda una oportunidad para comprender los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y trata de captar cada uno de sus aspectos en su totalidad, dentro del contexto de quienes lo viven, ya sea el individuo, institución o grupo social. El Estudio de Caso simple y específico es siempre bien limitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio.

Por la naturaleza del fenómeno: “vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado”, será necesario abordarlo como estudio de caso, ya que se constituyó en la manera más útil de investigar fenómenos de este tipo de forma rigurosa. Por lo tanto la principal ventaja del estudio de caso es el estudio a profundidad que se logra en un número reducido de individuos, que son el sujeto de la investigación, siendo en este caso los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús”- La Victoria.

Para la realización de la presente investigación se tomarán en cuenta los principios asociados del estudio de caso “Naturalístico” tomadas de Múnich<sup>28</sup>, entre los que destacaron:

- El Estudio de Caso se dirige al descubrimiento. A pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio, por lo tanto el marco teórico inicial sirven de estructura básica a partir del cual se pueden detectar nuevos aspectos,



elementos o dimensiones que se suman a medida que la investigación avanza.<sup>28</sup>

El presente estudio permitirá describir las vivencias relacionado al autocuidado de los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús”- La Victoria.

- El Estudio de Caso enfatiza la interpretación del contexto. Un principio básico de ese tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa.

Por lo tanto para comprender mejor la manifestación del problema, de las vivencias frente al autocuidado del adulto mayor, se tendrá en cuenta el contexto en el que se desarrollaran los hechos.

- Los Estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación y problema, enfocándolo como un todo.

La presente investigación se realizará con la finalidad de evidenciar las vivencias relacionadas al autocuidado de los Adultos mayores y cómo influirán estas en cada uno de ellos.

- Los Estudios de Casos usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el Estudio de Caso, el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes.

- Para la presente investigación se aplicarán entrevistas a profundidad con preguntas abiertas dirigidas a los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor. Lo cual posteriormente se utilizara para el análisis respectivo, dando los resultados de la investigación.

- Los Estudios de Casos revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales, el investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector usuario pueda hacer sus

generalizaciones naturales, preguntándose, ¿Qué puedo o no aplicar de este caso en mi situación?

Para la presente investigación, se tendrá en cuenta las vivencias frente al autocuidado de los adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor, otros investigadores podrán utilizarlas para hacer sus propias interpretaciones, determinando si estos casos se aplicaran a su problemática de investigación.

- Los Estudios de Casos procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio estas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

Para la presente investigación se tendrá en cuenta los diferentes puntos de vista a cerca de la situación, vivencias en el autocuidado de los adultos mayores.

- Los relatos de Estudio de Caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. Los datos de estudio de caso, pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones y mesas redondas.

La presente investigación estará representada por un lenguaje sencillo y claro, tal como serán manifestados por los adultos mayores.

En cuanto a las fases del Estudio de Caso, se tuvo en cuenta a Pineda.<sup>30</sup>, quien caracteriza el desarrollo del estudio de caso en tres fases:

- **Fase Exploratoria:** esta fase permitirá describir la situación problemática, a través de preguntas norteadoras que serán formuladas teniendo como sustento la bibliografía relacionada con el tema, con la finalidad de descubrir el objeto de estudio, el cual surgirá a medida que se alcance la investigación <sup>29</sup>, señala que existe inicialmente unas preguntas o

puntos críticos, en este caso serán reformulados o eliminados en la medida en que se mostraran más o menos relevantes en la situación dada.

Consideraremos que dentro de la propia concepción de estudio de caso no se pretenderá partir de una versión predeterminada de la realidad, sino aprender los aspectos ricos e improvisados que envuelve una determinada situación, permitiendo construir la situación problema y la definición más precisa de nuestro objeto de estudio. Por lo tanto se especificaran los puntos críticos, constituyéndose los contactos para entrar en el campo, se delimitara los informantes y las fuentes de datos necesarias para el estudio logrando una versión de apertura hacia la realidad durante todo el proceso de la investigación.

#### - **Fase Sistemática o delimitación del Estudio**

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, se iniciara la recolección sistemática de la información, usando las entrevistas a profundidad, con preguntas abiertas, las mismas que se efectuaran a los adultos mayores con la finalidad de obtener la información y transcribir los discursos.

Se tendrá en cuenta los límites de estudio de la presente investigación seleccionando los datos obtenidos en la entrevista.

La importancia de determinar los focos de la investigación y establecer los límites de estudio, es consecuencia de que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno y la determinación del recorte de estos.<sup>28</sup>

#### - **El análisis temático y la elaboración de la información**

En esta etapa se analizaran las vivencias de los adultos mayores relacionadas a su autocuidado en los adultos mayores del programa del adulto mayor del C.S "María Jesús"- La Victoria a partir de estos se identificarán las categorías. Se elaborará el informe de manera suscrita con un lenguaje sencillo, de fácil comprensión, conteniendo el análisis de los resultados obtenidos.

### **3.3. Población y muestra**

La población universal estará conformada por 20 adultos mayores asistentes al programa del adulto mayor del C.S “María Jesús”- La Victoria; las entrevistas serán realizadas en el ambiente del Programa del Adulto Mayor para favorecer la expresión libre sin la presencia de familiares que puedan cohibir una respuesta veraz en el adulto mayor. Para ello se considerará los siguientes criterios:

#### **Criterios de Inclusión:**

- a) Adultos mayores de 60 años a más.
- b) Adultos mayores orientados en tiempo espacio y persona.
- c) Adultos mayores que acepten participar en la investigación previa firma de consentimiento informado.
- d) Adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en este Centro de Salud.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adultos mayores que no vivan en la jurisdicción.
- Adultos mayores con Demencia senil.

La muestra se determinará por saturación y redundancia, lo que permitirá delimitar su término una vez que los discursos se tornan repetitivos o redundantes y no produzcan ninguna información auténticamente nueva para el estudio.

### **3.4. Técnicas e Instrumentos para la recolección de Datos:**

Se utilizará la entrevista semi estructurada abierta a profundidad. La entrevista a profundidad es la técnica para obtener que la persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación.<sup>32</sup> Además

también se puede definir como encuentros reiterados, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros que estarán dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas, en las cuales el entrevistador, lejos de asimilarse a un robot recolector de datos es el instrumento de la investigación y lo que es un protocolo o formulario de entrevista.

Se caracteriza además por una indagación extensa y preguntas de tipo abierto, lo que permitirá a los entrevistados tener mayor libertad de expresión al mismo tiempo que los investigadores indagarán a profundidad sobre el objeto de estudio. Además va a permitir complementar y verificar la información obtenida mediante la observación participante, tendrá como propósito fundamental reconstruir las vivencias de las personas involucradas en el estudio y lo que acontecerá en el ambiente del estudio.<sup>27</sup> La entrevista no estructurada, consiste en entrevistar a varias personas pero bajo condiciones autónomas en la dinámica interactiva. Para ello se tiene un modelador y un redactor, el primero es quien propicia una discusión estimulando a los participantes a compartir sus percepciones, ideas, sentimientos, actitudes, creencias, experiencias y comportamientos generando información a fondo sobre el tema de estudio.

En esta técnica se hace uso de una guía que contiene los objetivos del estudio e incluye preguntas generales abiertas para relacionarlas con las que surgen mostrando su entusiasmo y destreza en la comunicación por parte del modelador quien en todo momento enfatizara de que no hay respuesta mala o buena a fin de estimular la participación activa.

Para la entrevista utilizaremos tres tipos de preguntas: descriptivas, estructuradas y de contraste:

- Preguntas descriptivas: usadas para ampliar y profundizar la información ofrecida por los participantes de la investigación. Son las más frecuentes en la entrevista por que estimulan la descripción del mundo de las personas.

- Preguntas de contraste: son elaborados con la finalidad de comparar para mostrar las diferencias en un sistema de significado donde los símbolos están relacionados unos con otros tanto en las semejanzas como en las diferencias.

La entrevista ha sido validada mediante la aplicación a los adultos mayores lo que permitió hacer reajustes en cuanto a la redacción de la pregunta norteadora.

### **3.5 Validez y confiabilidad del instrumento:**

La validez del instrumento está dada por 2 Juicios de expertos, licenciados en enfermería, que se desempeñan en el área de la gerontología.

La confiabilidad del instrumento está dada por la aplicación de este en otro establecimiento de salud, con las mismas características del establecimiento en donde se aplicará el instrumento.

### **3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos:**

A través de los relatos de la entrevista se realizará la lectura y la relectura de los discursos y por análisis temático se procederá a la descontextualización de los discursos permitiendo la agrupación en categorías y sub categorías.

# **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS**

Los resultados revelaron las Vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado que pertenecen al Programa del adulto mayor del C.S. María Jesús La Victoria – Chiclayo, las que dieron lugar a las siguientes categorías y subcategorías:

### **1. EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR.**

- Privilegiando aspectos alimentarios.
- Considerando parte del autocuidado biológico a la alimentación y al ejercicio.
- El autocuidado ligado a disciplinas orientales.
- Develando un autocuidado más integrado.

### **2. DESTACANDO EL CUIDADO EN EL ASPECTO ESPIRITUAL**

- a) Asistiendo a una iglesia.
- b) Demostrando actitud y valores cristianos coherentes.

### **3. DESTACANDO LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.**

- Destacando la importancia del aspecto social del programa de adulto mayor.

### **4. ASPECTOS QUE LIMITAN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR**

- La Soledad como un estado que el adulto mayor no puede controlar.
- Lamentando la situación económica que atraviesa en esta etapa.



## **I. EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR.**

El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable. <sup>34</sup>

El autocuidado, es un concepto de vital importancia, ya que involucra a la persona mayor como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, vitales para tener un envejecimiento pleno y saludable. <sup>34</sup>

Esta categoría emerge de las siguientes subcategorías:

### **1.1 Privilegiando aspectos alimentarios:**

La alimentación es fundamental en nuestra vida desde la infancia hasta la vejez, los aspectos básicos de una dieta son los mismos pero las necesidades energéticas en el anciano son menores que en el joven debido principalmente a la disminución de su masa muscular y de su actividad física. <sup>34</sup>

La alimentación es un factor primordial como parte del autocuidado en los adultos mayores, tal como lo expone Jean Watson en el noveno punto del Proceso Caritas “Ayudar con necesidades humanas básicas físicas, emocionales y espirituales”, donde el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, dentro de ellas: la nutrición.

Así mismo Virginia Henderson en su teoría define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades

básicas, similares a las de Maslow, y entre ellas se menciona a la alimentación como un factor de vital importancia para mantener la salud en equilibrio y estabilidad.<sup>35</sup>

De allí que resulta importante destacar como los adultos mayores que concurren al centro de salud en estudio destacan como parte importante de su autocuidado a la alimentación como se puede evidenciar en el siguiente discurso:

*“...Bueno señorita para mi auto cuidarme es comiendo las verduras, la carne consumo poco, las verduras a veces en el desayuno, almuerzo, a veces una ensaladita con pollo desmenuzado, frutas muy poco, más consumo de pescado y pollo”.* Rosa

Reconocer que es lo más importante de su autocuidado para los adultos mayores es importante como punto de partida para la educación sanitaria que se le brinde como es el caso de la nutrición, ya que en el adulto mayor los aspectos nutricionales cobran vital importancia debido a que en ellos la disminución del metabolismo basal y el sedentarismo disminuyen las necesidades energéticas, estimándolas para la mujer en torno a 1.600-1.700 kilocalorías/día y para el hombre en torno a 2.000-2.100 kilocalorías/día, (unas 30-35 kilocalorías/ kg de peso/día, en función de la actividad que realice). Ha de señalarse que aportes energéticos menores a 1.500 kilocalorías/ día entrañan un alto riesgo de déficit de vitaminas y minerales.<sup>36</sup>

El aporte de proteínas, en el caso de las carnes rojas en el anciano puede verse comprometido debido a múltiples causas tales como los trastornos de la masticación, cambios en las apetencias, coste elevado de los alimentos proteicos, alteraciones digestivas y procesos patológicos intercurrentes.<sup>36</sup>

Las dificultades de masticación pueden provocar un rechazo de las frutas y verduras crudas con la consiguiente disminución de la ingesta de fibra, la falta de fibra puede agravar algunos de los problemas frecuentes en el anciano como el estreñimiento, el uso de laxantes y la diverticulitis, tanto las frutas como

verduras poseen antioxidantes, estas sustancias son importantes puesto que bloquean la formación de radicales libres, los cuales producen envejecimiento prematuro celular y la aparición de enfermedades crónicas, incluso el cáncer.

Por ello, en el anciano es importante procurar un aporte adecuado de fibra a partir de frutas, verduras y leguminosas (15-20 g/día).<sup>36</sup>

Para el adulto mayor la menor sensación del gusto y del olfato también reduce a veces las posibilidades de disfrutar de la comida, lo que favorece la menor ingesta de alimentos. Otras deprivaciones sensoriales, están dadas por la disminución de la agudeza visual y la hipoacusia, que generan menor capacidad para efectuar actividades de la vida diaria, con la consecuente mayor dificultad para obtener y preparar el alimento.

## **1.2 Considerando parte del autocuidado biológico a la alimentación y al ejercicio.**

El ejercicio es una de las medidas de autocuidado más importante a cualquier edad y otorga a las personas mayores una serie de beneficios, tanto físicos como mentales. A su vez, la actividad física realizada de forma periódica ha demostrado que contribuye a mejorar el estado de ánimo, el aislamiento social, el mal dormir y mejora el tratamiento de la osteoporosis.<sup>37</sup>

Virginia Henderson nos dice que el ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades, que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. La cual define 14 necesidades básicas y entre ellas se menciona la importancia del movimiento (ejercicio, actividad física) como un factor primordial para la salud de la persona.<sup>40</sup>

Es importante, entonces como parte de los adultos mayores en estudio destacan la combinación de estos dos aspectos básicos para su autocuidado, como se evidencia en el siguiente discurso:

*“...Creo que autocuidarme es para mí, cuidarme yo mismo, Yo me cuido teniendo una dieta buena, porque como frutas, y verduras en la sopa, mas consumo pollo, pescado poco, también salgo a caminar creo eso también es bueno para sentirme bien”. Campanilla.*

Aparicio García-Molina, Carbonell-Baeza y Delgado-Fernández, M. en su estudio “Beneficios de la actividad física en personas mayores”, expresa que debido a que el número de personas mayores en España se incrementa y que ha sido altamente contrastado que el envejecimiento activo es clave para conseguir una población mayor sana, la promoción de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas con la que cuentan las instituciones. El ejercicio físico regular y adaptado para mayores está asociado con un menor riesgo de mortalidad. Principalmente como consecuencia de un efecto protector cardiovascular y de síndrome metabólico, disminuye el riesgo de sufrir un infarto de miocardio y de desarrollar diabetes tipo II. Sumado a esto, el ejercicio regular se ha mostrado eficaz en la prevención de ciertos tipos de cáncer, incrementa la densidad mineral ósea, reduce el riesgo de caídas, disminuye el dolor osteoarticular (frecuente en la población mayor) y mejora la función cognitiva, reduciendo el riesgo de padecer demencia y Alzheimer. Además, los beneficios psicosociales del ejercicio adquieren especial protagonismo, combatiendo el aislamiento, la depresión y la ansiedad y favoreciendo la autoestima y cohesión social.<sup>38</sup>

Caminar es el más antiguo de los ejercicios, que tiene enormes beneficios para la salud y además es gratis, caminar se ha tornado en una actividad muy popular, ya que además de ser una forma excelente de ejercicio, se aproxima a ser la actividad ideal. Esta actividad puede ser practicada casi en cualquier circunstancia y lugar.<sup>39</sup>

### 1.3 El autocuidado ligado a disciplinas orientales.

El Tai Chi es una disciplina tradicional china, de autoconciencia, sutil, poderosa y tiene como finalidad el equilibrio cuerpo-espíritu. Al practicarla nuestro organismo funciona en forma natural, coordinada y flexible. Consta de movimientos sencillos, en donde se logra la armonía cuerpo-mente, facilitando la meditación, el equilibrio y la claridad mental.<sup>40</sup>

Mesas, J. describe tres ventajas de la práctica de taichí destacando lo siguiente:

- a) Son ejercicios fáciles de realizar, no necesitan fuerza ni velocidad. Son movimientos equilibrados, suaves y fluidos donde se trabajan las articulaciones, músculos y ligamentos frenando la atrofia causada por la inactividad. También protegen contra las artrosis, lumbalgias, dolores musculares.
- b) Se realizan con una respiración profunda y pausada, mejorando la capacidad respiratoria. Muchos ancianos realizan una respiración superficial y esto repercute negativamente en sus vidas. Al aumentar la capacidad pulmonar se limpian las vías del sistema respiratorio.
- c) Produce una óptima relajación, evitando el sobrecargo del sistema nervioso, pues no hay que olvidar que a esta edad ocurre las mayorías de las pérdidas como por ejemplo de familiares, amistades, laborales, entre otras y disminución en las condiciones físicas.<sup>40</sup>

Es importante entonces que parte de los adultos mayores entrevistados practiquen este tipo de ejercicio oriental ya que no sólo están mejorando físicamente sino mental y espiritualmente.

Así lo podemos evidenciar en el siguiente discurso:

*“Tener salud, cuidar mi cuerpo señorita eso será, yo si me cuido, me pongo a Bailar, hacer taichí, es importante para el adulto mayor porque ahí uno se siente más ágil o da ganas de hacer otras cosas para estar en actividad y estar bien siempre...” Magnolia*

*“Auto cuidarme es cuidarme yo misma creo, hacerme baños completos agua fría a las 5 am todos los días, practicar taichí....como voy a terapias me atienden señoritas, por eso me baño, comer cosas sanas como las frutas y las verduras” Dalia*

*“Bueno tener cuidado con mi salud, para cuidarme hago el taichí es importante para la salud y bienestar. Es que eso desestrea y te anima para vivir, después de mis ejercicios tomo bastante agua para reponerme porque yo sudo bastante” Lluvia*

Ana Melina Marcelo Donet, Génesis Milagritos Valderrama Rojas, Milagritos del Rocío León Castillo, en su estudio “Práctica de Taichí y nivel de estrés en adultos mayores en un centro de atención de medicina complementaria” tuvo como resultado: La totalidad de adultos mayores que practican taichí presentaron un nivel de estrés leve. En el grupo control, 65,3% demostraron tener nivel de estrés moderado, seguido del 26,5% con nivel de estrés alto. El sexo femenino, la edad y la realización o no del taichí están asociados con el puntaje final del instrumento de evaluación de nivel de estrés independientemente al sexo y la edad.<sup>40</sup>

#### **1.4 Develando un autocuidado más integrado.**

Para Myra Estrin Levine, en su modelo deja explícito que la salud esta predeterminada por los grupos sociales y no es solamente una ausencia de situaciones patológicas, presenta a la persona de forma holística y como el centro de las actividades de enfermería. Considera que el papel de la enfermera consiste en apoyar al individuo para que mantenga el mejor funcionamiento de todas sus partes, esto lo logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: Mantenimiento de Energía del Individuo; mantenimiento de la integridad estructural; mantenimiento de la integridad personal; mantenimiento de la integridad social.<sup>41</sup>

Para Dorotea Orem citado por Marriner, la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones y menciona que existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son: 1) Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. 2) De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. El embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo. 3) De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.<sup>42</sup>

Por otro lado Jean Watson sostiene que salud es la armonía entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza y Martha Rogers, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial.<sup>43</sup>

De allí que resulta interesante destacar como algunos adultos mayores ya no solo consideran estar bien solamente desde el punto de vista físico , sino de forma más integrada como se evidencia en los siguientes discursos:

*“... Comer saludable será señorita, hacer ejercicio, conversar, distraerse, estar en la casa todo el día me aburre, sé que esos años no regresaran señorita, pero no me quejo de la vida y sigo adelante, Dios me ha dado una familia que me quiere y estoy agradecida por todo...”. Jazmín*

## **II. DESTACANDO EL CUIDADO EN EL ASPECTO ESPIRITUAL**

El aspecto espiritual resulta una aspiración profunda e íntima del ser humano que busca la trascendencia a través de las obras o acciones que se produzcan a lo largo de la vida. <sup>44</sup>

El cuidado espiritual lo necesita todo hombre de forma personal, allí se explora al adulto mayor de acuerdo a sus valores y creencias, haciéndoles ver que no somos eternos, pero que es importante alimentar nuestro espíritu. Identificar las cosas en su vida que le dé un sentido de paz interior, alivio, fuerza, amor y conexión, también hacer del tiempo un espacio para hacer las cosas que lo ayudan espiritualmente como orar, asistir a un servicio religioso. <sup>44</sup>

Los adultos mayores destacan este aspecto dando origen a las siguientes subcategorías:

### **2.1 Asistiendo a una iglesia.**

La espiritualidad existe tanto fuera como dentro de contextos religiosos, y adopta su forma particular de acuerdo con la cultura en que se manifiesta. Cada persona tiene su particular cultura espiritual, la que es producto de la combinación de su espiritualidad personal y de las experiencias espirituales o esquemas culturales a los que ha sido expuesto, tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar. En este sentido, la espiritualidad puede ser usada tanto constructiva como destructivamente, por lo que no es inherentemente buena o mala, y su valor depende de la manera específica en que las personas buscan lo sagrado. <sup>44</sup>

La Iglesia es de hecho el lugar donde las distintas generaciones están llamadas a compartir el proyecto de amor de Dios en una relación de intercambio mutuo de los dones que cada cual posee por la gracia del Espíritu Santo. <sup>45</sup>



Muchos ancianos informan que la religión es el factor más importante a la hora de aceptar los problemas físicos y las tensiones de la vida (p. ej., La disminución de los recursos financieros, la pérdida de un esposo o una pareja). La población adulta mayor deposita su confianza en la religión, al menos en forma moderada, para aceptar problemas de salud y circunstancias sociales complejas. Por ejemplo, una actitud positiva y esperanzada hacia el futuro ayuda a las personas con problemas físicos a permanecer motivados respecto de su recuperación.<sup>45</sup>

Las personas que emplean mecanismos de adaptación religiosos tienen menos probabilidades de experimentar depresión y ansiedad en comparación con los que no lo hacen; esta asociación inversa es más intensa en personas con discapacidades físicas graves. Incluso la percepción de la discapacidad parece alterarse en función del grado de religiosidad. Entre las mujeres ancianas con fractura de cadera, las más religiosas tuvieron una menor tasa de depresión y pudieron caminar mejor al salir del hospital en comparación con mujeres menos religiosas. Las personas religiosas también tienden a recuperarse de la depresión con mayor rapidez.<sup>45</sup>

Así también lo menciona Jean Watson en el 3°, 8° y 9° punto del Proceso Caritas la religión como factor importante del autocuidado en los adultos mayores: Ser sensibles a sí mismo y a otros por fomentar las prácticas y creencias individuales, Crear un entorno de curación física y espiritual que respete la dignidad humana y Ayudar con necesidades humanas básicas físicas, emocionales y espirituales.

Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“... Ah ya señorita bueno, yo cuido mi alma asistiendo a la iglesia, yo si soy católica, toda la familia en mi casa son católicos. Si usted pregunta si van a misa le podría decir que sí pero sería mentir que siempre voy a misa, yo rezo en mi casa” Magnolia*

*“... Yo cuido mi alma teniendo fe en Dios, orando y yendo a la iglesia porque soy cristiana. Creo en Dios, en su hijo y en el señor Jesús por él estamos acá en la tierra, yo tengo mucha fe” Campanilla*

*“...Yo voy a misa y así me siento bien. Eso alivia muchas cosas, creo que así Dios me ayuda a limpiar mi espíritu y alma” Lluvia*

## **2.2 Reconociendo a Dios como ser superior.**

Jean Watson en su Teoría del Cuidado Humano se basa en la existencia espiritual y en las orientaciones fenomenológicas que se describen en la filosofía oriental. Como parte de la dimensión espiritual, Watson elaboró el concepto de alma: Se refiere al espíritu, al interior o a la esencia de la persona la cual se une a un sentido de autoconocimiento, a un alto grado de conciencia, de fortaleza y poder que puede tener la capacidad de expandir y permitir a la persona la trascendencia.<sup>46</sup>

Betty Neuman: en el Modelo de Sistemas, una de las variables representativas del sistema humano es la espiritualidad, considerada como un componente innato de la estructura básica del ser humano, que no siempre es reconocido o desarrollado por el cliente. La espiritualidad es como una semilla con un enorme potencial en la persona, la combinación del espíritu humano, el espíritu de Dios y los eventos de la vida catalizan esa semilla para que se reorganice el ser humano, la religión y los rituales religiosos son eventos organizadores que permiten a la persona entender cómo las cosas ocurren, moviendo a la persona hacia la aceptación de la realidad.<sup>47</sup>

Adicionalmente, Eliopoulus (2000), considera la espiritualidad como la relación positiva de la persona con Dios o con un ser superior, en la que se experimenta un sentimiento de bienestar espiritual que involucra los siguientes sentimientos: ser amado, reconocimiento del valor de las faltas, amor por los otros, conexión

con otras personas, naturaleza, sentimiento de bienestar, disfrute, esperanza y paz y un sentido de propósito en la vida y en las situaciones que se experimentan.

Dossey (2000) realizó un estudio con adultos mayores en condiciones de salud tales como enfermedad cardíaca o diabetes, en quienes se encontró que aquellos individuos con niveles altos de afrontamiento a través de la religión, experimentaron menos depresión.<sup>48</sup>

Es evidente que los adultos mayores dan mucho énfasis a este aspecto lo que se corrobora con los discursos de las personas entrevistadas

*“...ahhhh siendo buena con la gente no tener odio a los demás, yo sé que Dios es el rey supremo. Dios fundó el cielo y la tierra, todo lo que hay, también querer a sus semejantes como a uno mismo no mentir, no ser egoísta, no ser ostentosa y a Dios le agrada la humildad ” Azucena*

*“...Creo que amando a nuestro prójimo no haciendo mal a nadie, ayudando a los necesitados, cuando te piden algo no negarle si tenemos aunque sea algo darles señorita ” Amarilis*

### **2.3 Demostrando actitud y valores cristianos coherentes.**

Las actitudes son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con nuestros valores. Son, por tanto, consecuencia de nuestras convicciones o creencias más firmes y razonadas de que algo vale y da sentido y contenido a nuestra vida. Constituyen el sistema fundamental por el que orientamos y definimos nuestras relaciones y conductas con el medio en que vivimos.<sup>49</sup>

Jean Watson nos habla en el primer punto del “Proceso Caritas” la importancia de adoptar valores altruistas y practicar bondad con uno mismo y otros: Este

factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.<sup>50</sup>

Es importante que los adultos mayores sean coherentes en la práctica de lo que dicen cómo se evidencia en los siguientes discursos:

*“... ah para cuidar mi espíritu y mi alma...bueno...teniendo una buena relación con Dios, una comunión con Dios porque Dios es el que nos ayuda a cuidar nuestro espíritu y alma, para que nuestro espíritu y alma no se dañe, también amando a mis hijos, mi esposo, mis vecinos” Rosa*

*“...Primero, para cuidar la salud espiritual de una persona, entiendo que no se debe hacer daño a nadie; en segundo lugar, estimarse a uno mismo para que así estimándose también estime a sus vecinos, amistades, a su familia, dar el ejemplo en los niños de buen comportamiento” Dalia*

### **III. DESTACANDO LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.**

El objetivo del programa es promover la salud integral del adulto mayor y su familia a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación sustentadas en los principios de la Atención Primaria de Salud, en el primer nivel de atención.<sup>51</sup>

Es por ello la importancia del programa de atención en el adulto mayor el cual brinda una atención integral abarcando el punto de vista físico, estado psicológico, emocional y espiritual llevando a cabo una educación básica que les permite reconocer su valor como individuo-colectivo y el valor de la atención brindada para su bienestar.

Así como distintas instituciones en su barrio o municipio pueden ofrecer actividades que le parezcan atractivas. Entre ellas el programa de atención del adulto mayor en este centro de salud ofrece actividades educativas y de recreación en las que pueden participar y interactuar con personas de su misma edad. También, ofrece diversas actividades que les permiten utilizar su tiempo libre, como por ejemplo paseos a distintos lugares de Chiclayo y sus alrededores, que fomentan la socialización; y una variada programación en recreación y cultura, encaminada a crear espacios que permitan una vejez activa. <sup>51</sup>

La sociabilidad es un aspecto esencial del desarrollo de las personas, orienta a los individuos hacia los demás, posibilita el contacto, y permite establecer relaciones con otros. Las relaciones sociales representan además un soporte al bienestar en la vejez. En este texto se hizo referencia esencialmente a la sociabilidad relacionada con los vínculos más cercanos y significativos y cómo éstos pueden ser reforzados a través de actividades, resaltando el hecho que una vinculación sana, posibilita una mejor calidad de vida en el período de la adultez mayor y en general a lo largo de toda la vida. <sup>51</sup>

Adicionalmente, se destaca la existencia de instituciones y organismos que promueven la participación social y donde las personas mayores pueden establecer relaciones significativas con pares, lo que resulta positivo, pues incide directamente en el bienestar de este grupo. <sup>51</sup>

Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“...Me reúno con mis amigas solo acá en el programa de la posta, dos veces a la semana” Rosa*

*“...Nosotras también a veces participamos en diferentes actividades cuando somos invitados por la municipalidad o por otro grupo de adultos mayores, vamos y compartimos momentos de alegría” Dalía*

*“...Haber...yo en los tiempos libres siempre estoy en constante comunicación con mis amigos. Como Uds. Saben, aquí nos reunimos los martes, en mi condición de presidenta” Azucena*

#### **IV. ASPECTOS QUE LIMITAN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR**

El Bienestar se refiere a lo que las personas piensan y sienten sobre su estado de satisfacción general acerca de sus vidas y de las conclusiones cognitivas y afectivas-emocionales que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia, a eso comúnmente se le llama felicidad. Así mismo los ingresos económicos bajos y la salida de los hijos del seno familiar afectan fuertemente el bienestar de las personas mayores y la participación del adulto mayor en la vida cotidiana.

Aspectos que podemos corroborar en los siguientes discursos:

##### **4.1 La Soledad como un estado que el adulto mayor no puede controlar.**

El nido vacío, término acuñado por los psicólogos en los años setenta para describir el conjunto de sentimientos que experimentan los padres cuando sus hijos se van de la casa, el síndrome del nido vacío (empty nest syndrome, en inglés) es la respuesta emocional del padre o la madre ante la ausencia del hijo adulto que se independiza y abandona el epicentro físico de la vida familiar.<sup>53</sup>

El síndrome comenzó a registrarse a la par del incremento de la expectativa de vida en las últimas cuatro décadas. Anteriormente, o bien los padres morían más jóvenes, o muchos adultos seguían viviendo con su familia de origen después de formar un nuevo hogar. Si bien el alejamiento de los hijos puede tener diversas causas –matrimonio, estudios o simplemente la decisión del joven de vivir solo–, independientemente de la circunstancia que origine el nuevo escenario familiar, los sentimientos, desafíos y conflictos que enfrentan los padres son una explosión de vivencias contradictorias e intensas muy similares.<sup>52</sup>

Aunque cada persona, familia o pareja vive el síndrome del nido vacío de acuerdo a sus particularidades, por lo general los padres sienten que han dejado de ser útiles y que los hijos ya no los necesitan. Frente a esta ausencia, la ansiedad, la desmotivación, la tristeza y la irritabilidad son sentimientos habituales. En casos más extremos, los padres sufren insomnio y hasta graves depresiones.<sup>53</sup> No es nada fácil adaptarse a todos estos cambios que se presentan en menor o mayor grado a los adultos mayores.

Algunos podrán manejar estas situaciones de mejor modo que otros, y lo recomendable es que cuenten con apoyo de la familia, de sus redes sociales o de profesionales.

Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“... porque a veces por mucha familia que tengamos va haber un momento que se siente solo, cuando se siente solo el adulto mayor es terrible señorita, lo más bonito es tener a la familia y más a los hijos cerca de uno, los míos están lejos y vienen a lo lejos a Chiclayo” Lluvia*

*“... Bueno, en la vida hay momentos que una persona por mucha felicidad que tenga mucha compañía de su familia, hay momentos en que el ser humano se siente solo, desprotegido y piensa que nunca va a acabar” Dalia*

Por otro lado el duelo, generalmente, es una experiencia natural y normal de la vida, aunque causa dolor y distorsiona el entorno familiar. El duelo es una experiencia extraordinariamente frecuente y que todos, en algún momento de nuestras vidas nos veremos inmersos en una de estas vivencias. Sin embargo, no todas las pérdidas son iguales y, por tanto, no todas tendrán la misma repercusión. Las más significativas y que podrán producir un duelo mayor serán las de aquellas personas con quien el doliente tuviera una especial relación<sup>53</sup>, como se evidencia en el siguiente discurso:

*“...Sería más feliz si tuviera a mi esposo a mi lado. En algunas veces si llega el ser humano a sentirse triste y solo, solo se debe comunicar a la persona de su familia, pero más triste me sentí cuando perdí a mi esposo, pero la mejor manera es estar juntos aquí señorita...” Gardenia*

#### **4.2. Lamentando la situación económica que atraviesa en esta etapa.**

Uno de los sucesos más importantes en la vida de una persona adulta y sobre el que se toman una serie de decisiones, es la jubilación. En su origen la palabra jubilación significa júbilo o alegría, pero en muchos casos el jubilarse no causa esa emoción, en otros surgen sentimientos negativos asociados a la vejez, la inutilidad o la muerte, además de una importante disminución de sus ingresos.<sup>54</sup>

Está demostrado que la calidad de vida como jubilado depende mucho de lo que se haya realizado antes, es decir, de cómo se haya preparado para los cambios, desempeñar nuevos roles, ocupar nuevos lugares en la vida o reestructurar el tiempo y las actividades. Ello dependerá de cómo y cuánto se preparó la persona antes de jubilarse y cómo elaboró un nuevo proyecto de vida.<sup>54</sup>

Si se tiene una actitud positiva hacia la jubilación será capaz de comprender todas las oportunidades que ésta brinda, cuando la jubilación llega es posible disponer de más tiempo para profundizar en las relaciones familiares y de amistad. Una de las experiencias que más satisfacción produce en el ser humano, independientemente de su edad y condición es: Disponer de personas amigas. Sólo es necesario que lo desee y que mejore un poco sus habilidades sociales.<sup>54</sup>

Es comprobable que las personas optimistas y de buen semblante tienden a ver las cosas desde una perspectiva positiva, han aprendido a disfrutar las cosas que viven y que les ocurren, se adaptan mejor a los cambios, a diferencia de las personas negativas.<sup>54</sup>



Así lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“... No me siento feliz ni satisfecha, tengo muchas necesidades, con el sueldo que percibo porque me parece que es un engaño no solo a mí si no a muchos según cuando yo me jubilé se dijo que con 20 años de aportación y era 60 años, trabaje hasta los 65 años y hasta ahora vivo en la miseria... Rosa.*

*“...Bueno señorita yo le puedo decir que soy feliz porque tengo salud, aunque por mi sueldo que percibo me alcanza con las justas, pero como no tengo mayores gastos, ya mis hijos están casados, con mi esposo hacemos que alcance la jubilación” Azucena*

*“...Como me puedo sentir feliz con el estrés que nos lleva a no sentirse bien, la falta de dinero para comprar las cosas que uno necesita en la casa todos los días... Lluvia.*

# **CAPÍTULO V**

## CONSIDERACIONES FINALES

- El autocuidado en el adulto mayor se basa primordialmente en el cuidado del aspecto espiritual, categoría que adquiere relevancia sobre las otras categorías, por que ayuda a superar las dolencias propias de la edad, la pérdida de la pareja, vencer la depresión, dando énfasis en mantener buena relación con Dios mediante la oración, la fe y asistir a la iglesia, amar a su prójimo, ser humilde, no ser egoísta y ostentosa, ayudando a los necesitados.
  
- Destacando la importancia del programa del Adulto Mayor, relacionada con la soledad que éste vive, el cual busca un sistema de apoyo que lo encuentra en este programa en donde interactúa con personas de su misma edad, compartiendo momentos de alegría y distracción, participando en actividades que realiza la municipalidad y por otros grupos de adultos mayores.
  
- Los aspectos que limitan el bienestar del adulto mayor, hacen énfasis a la independización de los hijos del epicentro físico de la vida familiar o “Síndrome del nido vacío” y la disminución de los ingresos económicos necesarios para la vida diaria; lo que conlleva al estrés y ansiedad. Valorando y destacando la compañía de sus hijos y familiares.
  
- El autocuidado en el adulto mayor, se relaciona básicamente con el autocuidado del aspecto biológico, privilegiando aspectos alimentarios como una buena dieta balanceada a base de verduras, frutas, pescado y pollo, también hacen énfasis que es importante realizar ejercicios, caminar, bailar y combinar con ciertas disciplinas orientales como el taichí, baños con agua fría, etc; lo cual les ayuda a desestresarse y les anima para seguir viviendo.
  
- El estudio permitió dar relevancia al conocimiento y a la importancia de las vivencias en su autocuidado, pues éstas dan a conocer el día a día de cómo viven su envejecimiento con el compromiso solidario del profesional de enfermería para dar un mejor y mayor cuidado en esta etapa de vida.

## RECOMENDACIONES

Para el personal directivo del Establecimiento de Salud:

- Dar a conocer los resultados de esta investigación para que se siga apoyando a la estrategia sanitaria del adulto mayor en su autocuidado del adulto mayor y así contribuir con la normatividad técnico – administrativa para la atención integral de salud de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

A las enfermeras que laboran en el Centro de Salud

- Realizar un monitoreo y motivación por parte del profesional de enfermería a los adultos mayores que acuden al centro de salud para que expresen, a través de talleres vivenciales, sus sentimientos y emociones de lo que significa para ellos su diario vivir para comprender y ofrecerles una comunidad y familia saludable, para lograr una sociedad inclusiva donde el adulto mayor sea tomado en cuenta.
- Planificar y ejecutar reuniones con la familia del adulto mayor para que puedan comprender el proceso de envejecimiento y la relevancia que tienen sus vivencias y sean ellos el pilar estratégico de su autocuidado.

**A los estudiantes de enfermería**

- Seguir realizando estudios cualitativos para conocer ampliamente como se viene comportando las vivencias de autocuidado para replantearse estrategias que corrijan deficiencias y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento y salud: OMS; 2015 [actualizado 2017; citado el 3 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Aníbal Velásquez Valdivia. El envejecimiento en el Perú: un reto para la salud pública. Lima; 2007; [citado 3 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos49/envejecimiento-peru/envejecimiento-peru.shtml>
3. Envejecimiento y ciclo de vida: OMS; 2015 [actualizado 2017; citado el 3 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. Dm. Derrama magisterial. Lima: DM; 2014 [actualizado 2 octubre 2014; citado 3 noviembre 2016]. Disponible en: <http://blog.derrama.org.pe/1-de-octubre-dia-del-adulto-mayor/>
5. Dr. Alejandro Toledo Manrique, Dra. Pilar Mazzetti Soler, Dr. José Carlos del Carmen Sara. 941 .Lima: DGSP; 2005.[actualizado julio 2006; citado 3 noviembre 2016]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultomayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultomayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)
6. Info@saludemia.com. España: saludemia.com; 2011; 06 de diciembre del 2016. Disponible en: <http://www.saludemia.com/-/vida-saludable-envejecimiento-lo-fundamental-proceso-cambio>
7. Marriner Tomey, Raile. Alligood Martha. “Modelos y Teorías en Enfermería”. 6ta. Ed. España: Edit. Elsevier España; 2007.

8. Diccionario de la lengua española C. España. Edit. Calpe S.A. Madrid. 2005.
9. Cuaderno de Registro de enfermedades crónicas en el Adulto Mayor Centro de Salud “María Jesús” Sector II – La Victoria.
10. Fernández Moujan Octavio. 2007 “Psicoanálisis abierto”. Disponible en: <http://www.macroaldea.com.ar/portfolio/Psicoanalisisabierto/congreso.html>.
11. Rojas Osorio Carlos. 2008 Primer Congreso Virtual Humanístico del Caribe 2002 Universidad de Puerto Rico en Humacao. Disponible en: <http://cuhwww.upr.clu.edu/~cvhc/carlosrojas.htm>
12. Vidal Guillermo, “Psiquiatría” Buenos Aires – Argentina. Edit. Médico Panamericana S.A. 1991
13. Hans Ulrich Gumbrecht. H Enciclopedia 2009. Disponible en: <http://www.henciclopedia.org.uy> Wilhelm Arnold. “Persona, carácter y personalidad”. España. Edit. Herder. Barcelona. 1992.
14. Dr. Roberto Tarazona P. La Realidad del adulto mayor; 2012. [Actualizado 18 Sep 2013; citado 7 diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.iglesiacatolica.org.pe/cep\\_especiales/2012/compartir/material/texto\\_base2012.pdf](http://www.iglesiacatolica.org.pe/cep_especiales/2012/compartir/material/texto_base2012.pdf)
15. Zetina Lozano, María Guadalupe. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Redalyc. 1999 [citado 07 diciembre 2016]; 5 (19):1-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>
16. Andrea Barraza R, Maricel Castillo P. El Envejecimiento. Medicina.uach.cl/. 2013 [citado 08 diciembre 2016];2(1):1-14. Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El\\_envejecimiento.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf)

17. Dr. Alejandro Toledo Manrique, Dra. Pilar Mazzetti Soler, Dr. José Carlos del Carmen Sara. 941 .Lima: DGSP; 2005.[actualizado julio 2006; citado 9 diciembre del 2016]. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Norm%20T%C3%A9cnicas\\_segunda%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Norm%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf)
  
18. Melitón Vargas, Isabel Sofía, Hernández Gutiérrez, Azucena Jackeline. Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la urbanización santa Isabel – carabayllo 2014. TESIS UCH. 2016 [citado 09 diciembre 2016]; 5 (1):1-131 Disponible en:  
[http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez\\_Gutierrez\\_Azucena\\_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez_Gutierrez_Azucena_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
19. Vejezconsalud.weebly.com. Pamplona: weebly; 2000 [actualizado 14 Feb 2013; citado 9 diciembre 2016]. Disponible en:  
<http://vejezconsalud.weebly.com/evolucionacuten-psicologiacutegica.html>
  
20. Organización Panamericana de la salud -oficina regional de la organización mundial de la salud. Evaluación social del adulto mayor. SLDCU. 2014 [citado 10 diciembre 2016]; 3 (1):1-16. Disponible en:  
<http://www.sldc.org/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
  
21. Calidad de vida en adultos y personas mayores. Bienestar. 27 setiembre 2011. Disponible en:  
<http://haciaunavejezdigna.blogspot.pe/2011/09/bienestar-subjetivo.html>
  
22. Salud Emancipación de los hijos. Síndrome del nido vacío, cuando los hijos vuelan de casa. Disponible en:  
<http://revista.consumer.es/web/es/20101101/pdf/salud.pdf>

23. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Disponible en:  
[http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan\\_guzman.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf)
24. Cecilia San Martín Petersen. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento. *Cienciarred*. 2008 [citado 10 diciembre 2016]; 6(5):1-18. Disponible en:  
[http://cienciarred.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08\\_v1pp103\\_120.pdf](http://cienciarred.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf)
25. Melitón Vargas, Isabel Sofía, Hernández Gutiérrez, Azucena Jackeline. Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la urbanización santa Isabel – carabayllo 2014. TESIS UCH. 2016 [citado 11 diciembre 2017]; 5 (1):1-131. Disponible en:  
[http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez\\_Gutierrez\\_Azucena\\_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez_Gutierrez_Azucena_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Michelle Palafox. Fenomenología. *Prezi*. 2015; 7(1): 1. Disponible en:  
[https://prezi.com/vnw4nsunt\\_sh/fenomenologia/](https://prezi.com/vnw4nsunt_sh/fenomenologia/)
27. Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías de enfermería. Elsevier Mosby. 2011; 797(1): 91-112. 7aEd. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/16614555/Modelos\\_y\\_Teor%C3%ADas\\_en\\_Enfermer%C3%ADa\\_7a\\_Ed.\\_2011](https://www.academia.edu/16614555/Modelos_y_Teor%C3%ADas_en_Enfermer%C3%ADa_7a_Ed._2011)
28. Polit Dense, Bernadette Phungler. “Investigación Científica en ciencias de la Salud”. México. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana. 1997
29. Múnich, Lourdes y Ernesto Ángeles. Métodos y Técnicas de la Investigación. España. Edit. Triller. 1993.



30. Pineda, Elías y otros. Metodología de la Investigación. 2da edición. EEUU Edit. OPS Washington. 1994
31. Amezcua M. 2000. el trabajo de campo en salud: una aproximación de la observación participante. España. Índex. Enfer. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/ETNOGRAF.php>
32. Julián Pérez Porto y Ana Gardey, Definición de vivencia. Publicado: 2015. Actualizado: 2016. Disponible en: <http://definicion.de/vivencia/>.
33. Elías Anzola Pérez, ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA “conceptos para la práctica”, Washington, E.U.A. Edit. Organización Panamericana de la Salud 1993.
34. Novartis Consumer Health. Requerimientos nutricionales en la tercera edad. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos\\_nutricionales\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricionales_en_la_tercera_edad.pdf)
35. Fanny Cisneros G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. 2002. [citado agosto 2002]; 5(15):1-16. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
36. Nutrición en el anciano. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. 2013. Disponible en: [file:///C:/Users/Cielo/Downloads/guia\\_NESTLE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cielo/Downloads/guia_NESTLE%20(1).pdf)
37. Novartis Consumer Health. Requerimientos nutricionales en la tercera edad. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos\\_nutricionales\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricionales_en_la_tercera_edad.pdf)

38. Alejandra Araya Gutiérrez. Calidad de Vida en la vejez. 2012. [junio de 2012]; 15(34):1-34. Disponible en:  
[http://adulantomayor.uc.cl/docs/autocuidado\\_salud.pdf](http://adulantomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf)Aparicio
39. García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 Disponible en:  
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
40. Vida abuelo. Ventajas de caminar en la tercera edad. 2008. Disponible en:  
<http://vidaabuelo.com/ventajas-de-caminar-en-la-tercera-edad-parte-1>
41. M. Sc. Rosa Amén. La práctica del tai chi para el logro del equilibrio biopsicosocial en la persona adulta mayor. 2002; 1-16. Disponible en:  
<http://www.gerontologia.ucr.ac.cr/Congreso1/descargas/26-10-05AmenyMurillo.pdf>
42. Marriner Tomey, Raile. Alligood Martha. "Modelos y Teorías en Enfermería". 6ta.Ed. España: Edit. Elsevier España; 2007.
43. Fanny Cisneros G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. 2002. [citado agosto 2002]; 5(15):1-16. Disponible en:  
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
44. Cecilia San Martín Petersen. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Número 8, V1, pp.1-18  
[http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08\\_v1pp103\\_120.pdf](http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf)
45. La dignidad del anciano y su misión en la iglesia y en el mundo. [Citado 24 de marzo de 1999] Disponible en:

[http://www.aicaold.com.ar/aica/documentos\\_files/Santa\\_Sede/Consejos\\_Pontificios/Laicos/doc\\_CPL\\_Dignidad\\_ancianos.htm](http://www.aicaold.com.ar/aica/documentos_files/Santa_Sede/Consejos_Pontificios/Laicos/doc_CPL_Dignidad_ancianos.htm)

46. Veloza G. Mónica del Mar, Beatriz Pérez G. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. 2009; 12(1). 7aEd. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf>
47. Milena Alexandra Galvis López, <sup>2</sup>Beatriz Pérez Giraldo Revisión de la literatura sobre el concepto “espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. [Citado julio 2013]. Disponible en:  
<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/>
48. Veloza G. Mónica del Mar, Beatriz Pérez G. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. 2009; 12(1). 7aEd. Disponible en:  
<http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/viewFile/1734/1882>
49. Antonio Rivero L.C. Catholic.net. Actitudes y valores en la vida. 2017. Disponible en: <http://www.es.catholic.net/op/articulos/43333/cat/31/actitudes-y-valores-en-la-vida.html>
50. Blogger.com. El cuidado.2012. [Citado 12 de Junio del 2012]. Disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
51. Programa de Atención integral al adulto mayor. 2012. Disponible en:  
<http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf>
52. Diana León A. Macarena Rojas G. Vicerrectoría de comunicaciones y educación continua. Programa adulto mayor.2012. 1-20. Centro de geriatría y gerontología. Calidad de vida en la vejez. Relaciones sociales. Disponible en: [http://adultomayor.uc.cl/docs/relaciones\\_sociales.pdf](http://adultomayor.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf)
53. Elizabeth Levy Sad, Rosa Gómez Aquino. Síndrome del nido vacío. Despegue emocional. Disponible en:

<http://www.locatel.com.ve/uploads/contenido/32b71061fde83bc0c977b66c9152a7aafa4150a1.pdf>

54. Candelas Álvarez Calvo. Trabajo fin de grado en trabajo social “afrontamiento del duelo en el ámbito del nido vacío. Importancia del acompañamiento en la gestión del duelo desde la intervención del trabajo social” 2015. [Citado 30 de Junio de 2015]. Disponible en:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14352/1/TFG-G%201247.pdf>

**ANEXOS**



(APÉNDICE A)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO..... abajo  
firmante, acepto participar de la investigación “vivencias del adulto mayor relacionado a su autocuidado. Programa del Adulto Mayor del C.S. María Jesús la victoria - Chiclayo, 2017”

Que será realizada por la Bachiller en Enfermería: Vílchez Castillo Cinthia Karen, asesorado por la Lic. Enf. Mery Salazar Santa Cruz, el estudio tiene como objetivo analizar y comprender las vivencias en el autocuidado de los adultos mayores asistentes al programa del C.S “María Jesús” La Victoria.

Acepto participar de las entrevistas que son necesarias, las mismas que serán grabadas por la señorita enfermera, en relación a mis vivencias. Entiendo que la información dada serán sólo de su conocimiento y de su asesora, estando garantizado el secreto y respetando mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final del estudio será publicado sin que los nombres de los participantes sean dados a conocer, y que podré retirarme del estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación, podré aclararlas con la señorita investigadora. Finalmente declaro que, después de las aclaraciones convenientemente realizadas por la investigadora consiento participar de la investigación.

Chiclayo,.....de..... del 2017

-----  
Firma del o la participante

-----  
Firma de la investigadora

## GUÍA DE PREGUNTAS

Es por ello que basándonos en el marco teórico del proyecto de investigación:

“VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO A SU AUTOCUIDADO. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL C.S MARÍA JESÚS LA VICTORIA - CHICLAYO, 2017” de las cuatro Esferas, se hacen las siguientes preguntas dirigido hacia la entrevista semi estructurada y el foco grupal.

La investigadora procederá a realizar las preguntas en relación a cada dimensión.

### I DATOS GENERALES

Seudónimo:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

N° de integrantes de la familia:

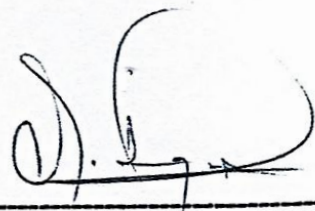
### II PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ¿Cómo realiza su autocuidado o cómo cuida de sí misma? (Esfera biológica)
2. ¿Cómo cuida Ud. su espíritu y alma? (Esfera espiritual)
3. ¿Qué actividades realiza Ud. en sus tiempos libres? (Esfera social)
4. ¿Cuándo se siente feliz? (Esfera psicológica)

## JUICIO DE EXPERTOS

### CONSTANCIA DE VALIDACION

Quién suscribe, Lic.Enf. Félix Chiclayo Abanto, mediante la presente hago constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del presente trabajo titulado: VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO A SU AUTOCUIDADO. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL C.S. MARIA JESUS LA VICTORIA – CHICLAYO, 2017, elaborado por la bachiller Cinthia Karen Vilchez Castillo, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



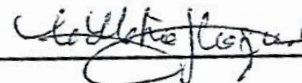
\_\_\_\_\_  
Lic. Enf. Santos Félix Chiclayo  
Firma



## JUICIO DE EXPERTOS

### CONSTANCIA DE VALIDACION

Quién suscribe, Lic. Enf. Clariza Chafloque Custodio, mediante la presente hago constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del presente trabajo titulado: VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR RELACIONADO A SU AUTOCUIDADO. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL C.S. MARÍA JESÚS LA VICTORIA - CHICLAYO, 2017, elaborado por la bachiller Cinthia Karen Vílchez Castillo, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Firma

Clariza Y. Chafloque Custodio  
ENFERMERA  
C.E.P. M163